

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE FARMACIA**  
**Departamento de Farmacia Y Tecnología Farmacéutica**



**LA FARMACIA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO  
ESPAÑOL: EL CENTRO PENITENCIARIO MADRID III  
(VALDEMORO)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**María Isabel Algora Donoso**

Bajo la dirección de la doctora  
M<sup>a</sup> Luisa de Andrés Turrión

**Madrid, 2012**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE FARMACIA



LA FARMACIA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.  
EL CENTRO PENITENCIARIO MADRID III (VALDEMORO).

TESIS DOCTORAL

María Isabel Algora Donoso  
Madrid, 2012



DTO. FARMACIA Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICA  
FACULTAD DE FARMACIA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

LA FARMACIA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.  
EL CENTRO PENITENCIARIO MADRID III (VALDEMORO).

TESIS DOCTORAL

Memoria para optar al Grado de Doctor en Farmacia presentada por:  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Isabel Algora Donoso  
Directora: profesora Dra M<sup>a</sup> Luisa de Andrés Turrión  
Madrid, 2012



**María Luisa de Andrés Turrión**  
Telf. 913942094  
e-mail:turrion@farm.ucm.es

**MARÍA LUISA DE ANDRÉS TURRIÓN, PROFESORA TITULAR DE  
UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA  
FARMACÉUTICA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**INFORMA:**

Que el presente Trabajo de Investigación, titulado “La Farmacia en el Sistema Penitenciario Español. El Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)“, realizado por ISABEL ALGORA DONOSO bajo mi dirección, constituye un trabajo original de investigación que reúne los requisitos exigidos como memoria de Tesis Doctoral, por lo que autorizo su presentación para que sea admitida a trámite y juzgada por el Tribunal que se designe.

De todo lo cual informo en Madrid a



**Agradecimientos:**

**Este trabajo ha sido realizado bajo la dirección de Dra. María Luisa de Andrés Turrión del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad Complutense de Madrid, deseo agradecerle su dedicación, su dirección, su ayuda, su comprensión, amabilidad que he recibido desde el primer momento que la conocí.**

**Por su colaboración desinteresada en este proyecto a Orlanda Varela Gonzalez (Psiquiatra), GRACIAS sin ti no hubiese sido posible.**

**A Soledad Díaz-Maroto (Técnico Superior Farmacéutico de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria), a Miguel Ángel Mulas Largo (Subdirector Médico del Centro Penitenciario Madrid III) por su apoyo a la iniciativa desde el comienzo y por su inestimable ayuda en las pequeñas y grandes cosas que son imprescindibles en estos menesteres y a todas aquellas personas que desde la Coordinación de Sanidad Penitenciaria han aportado su granito de arena.**





## Relación de siglas que aparecen en el texto

- AE	Atención Especializada
- AP	Atención Primaria
- ART	Artículo
- ATS	Ayudante Técnico Sanitario
- CCAA	Comunidades Autónomas
- CP	Centro Penitenciario
- DDD	Dosis Diarias de Mantenimiento
- DGIP	Dirección General de Instituciones Penitenciarias
- EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria
- HIPP	Health In Prison Project. Proyecto de la OMS titulado: Proyecto de Salud en las Prisiones
- IIPP	Instituciones Penitenciarias
- LGS	Ley General de Sanidad
- LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria
- OMS	Organización Mundial de la Salud
- ONG	Organización no Gubernamental
- PIJ	Programa de Intercambio de Jeringas
- RP	Reglamento Penitenciario
- SGIP	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
- SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SNS	Sistema Nacional de Salud
- TBC	Tuberculosis
- TER	Técnico Especialista en Rayos
- UDVP	Usuarios de Drogas por Vía Parenteral
- VHB	Virus de La Hepatitis B
- VHC	Virus de la Hepatitis C
- VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>1. ASISTENCIA SANITARIA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS .....</b>	<b>21</b>
<b>2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA</b>	<b>25</b>
2.1. Problemas psíquicos .....	30
2.2. Problemas sociales.....	31
<b>3. EQUIPOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS.....</b>	<b>33</b>
3.1. Programa de prevención y control de tuberculosis en medio penitenciario .....	37
3.2. Programas de prevención de enfermedades de transmisión parenteral sexual, de prevención y control de la infección VIH/SIDA .....	39
3.3. Política de actuaciones en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias.....	45
3.3.1. Programa de prevención y educación para la salud.....	46
3.3.2. Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) .....	46
3.3.3. Programa de mantenimiento con metadona.....	50
3.3.4. Programa de deshabituación.....	53
3.3.5. Programa de reincorporación social .....	54
3.3.6. Programa marco para la atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios .....	56
<b>4. LA SANIDAD PENITENCIARIA Y SU INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....</b>	<b>59</b>
<b>5. LOS SERVICIOS DE FARMACIA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS .....</b>	<b>67</b>
5.1. Creación y Legalización de los Servicios de Farmacia Penitenciarios .....	67
5.2. Servicios de Farmacia Penitenciarios sin Legalizar. Análisis de las Leyes de Ordenación de las Comunidades Autónomas.....	73
5.3. Distribución Actual de los Servicios de Farmacia y Depósitos Dependientes....	83
5.4. Funciones desempeñadas en los Servicios de Farmacia penitenciarios por el Farmacéutico .....	86
5.5. Prestación Farmacéutica en Instituciones Penitenciarias .....	91
5.6. Comisión Central de Farmacia, Guía Farmacoterapéutica e Intercambio Terapéutico .....	92
5.7. Gasto farmacéutico .....	95
<b>6. CENTRO PENITENCIARIO MADRID III.....</b>	<b>99</b>
6.1. Tratamiento penitenciario.....	102

6.2.	Trabajo.....	103
6.3.	Gestión del centro penitenciario .....	103
<b>7.</b>	<b>SERVICIOS MÉDICOS EN CENTRO PENITENCIARIO</b>	
<b>MADRID III.</b>	<b>.....</b>	<b>105</b>
<b>8.</b>	<b>EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CENTRO</b>	
<b>PENITENCIARIO MADRID III (VALDEMORO).</b>	<b>.....</b>	<b>109</b>
8.1.	Evolución del Gasto farmacéutico en el Centro Penitenciario Madrid III. Análisis comparativo con el resto de prisiones españolas y con el Sistema Nacional de Salud .	112
<b>9.</b>	<b>ESTUDIOS DE USO DE PSICOFÁRMACOS EN CENTROS</b>	
<b>PENITENCIARIOS</b>	<b>.....</b>	<b>119</b>
9.1.	Estudio de uso de psicofármacos en C. P Madrid III .....	120
9.1.1.	Estado actual del tema: estudios previos .....	120
9.1.2.	Metodología.....	132
9.1.3.	Consideraciones éticas.....	137
9.1.4.	Resultados.....	138
9.1.4.1.	Proporción de la población que tiene prescrito algún psicofármaco .....	138
9.1.4.2.	Proporción de la población revisada por el psiquiatra en el último año .....	138
9.1.4.3.	Distribución de acuerdo con el número de psicofármacos prescritos.....	139
9.1.4.4.	Consumo de psicofármacos en DDDs .....	139
9.1.4.5.	Distribución por subgrupos de psicofármacos de las prescripciones y de los internos .....	140
9.1.4.6.	Distribución de DDDs por subgrupos de psicofármacos.....	141
9.1.4.7.	Distribución de las prescripciones por subgrupos y por principios activos ..	141
9.1.4.8.	Distribución de las prescripciones entre psicofármacos clásicos y nuevos ....	144
9.1.4.9.	Distribución de la cantidad de dosis diarias de mantenimiento prescritas por subgrupos de psicofármacos y por principios activos (agrupados) .....	145
9.1.4.10.	Distribución de las prescripciones por subgrupos de psicofármacos en los distintos módulos .....	146
9.1.4.11.	Porcentaje de internos que tienen prescrito algún psicofármaco por módulos	148
9.1.4.12.	Gasto total del periodo.....	149
9.1.4.13.	Gasto en psicofármacos por módulo .....	150
9.1.4.14.	Gasto en psicofármacos por principios activos (agrupados según la categoría a la que pertenece cada sustancia psicotropa) .....	152

9.1.4.15. Distribución del gasto en función de que los fármacos fuesen clásicos o nuevos .....	156
9.1.4.16. Diferencia del gasto total en función de la oferta comercial aceptada .....	157
9.1.4.17. Prescripciones revisadas por el psiquiatra. Relación de las DDD de periodo y el gasto con la revisión psiquiátrica .....	158
9.1.4.18. Porcentaje de internos revisados por el psiquiatra en los distintos módulos. ....	159
9.1.4.19. Proporción de prescripciones revisadas por psiquiatra según subgrupos y tipo de psicofármacos (clásico/nuevo) .....	160
9.1.4.20. Porcentaje de derivación al psiquiatra según procedencia, grado y tipo de condena del interno .....	161
9.1.4.21. Influencia de variables individuales en la prescripción de psicofármacos ....	161
9.1.5. Discusión .....	164
9.1.6. Limitaciones .....	172
9.2. Estudio de utilización de antiepilépticos en los centros penitenciarios .....	174
9.2.1. Material de métodos .....	175
9.2.2. Resultados .....	176
9.2.3. Distribución de nuevos antiepilépticos prescritos en todos los centros .....	176
9.2.4. Resultados .....	178
<b>10. CONCLUSIONES .....</b>	<b>181</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>185</b>
Anexo 1: Solicitud de autorización de trabajos de investigación en centros penitenciarios .....	185
Anexo 2: Consentimiento informado para el tratamiento con metadona. ....	187
Anexo 3: Relación de artículos incluidos dentro del capítulo de material de cura. ....	189
Anexo 4: Relación de especialidades farmacéuticas genéricas disponibles en el Centro Penitenciario Madrid III. ....	191
Anexo 5: Listado de precios / DDD y gastos en psicofármacos en el C.P. Madrid III de periodo. ....	197
Anexo 6: Listado de correspondencias principio activo ↔ nombre comercial .....	199
<b>12. REPERTORIO LEGAL .....</b>	<b>201</b>
<b>13. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>211</b>



## Introducción

La actual *Ley General Penitenciaria* y el *Reglamento Penitenciario* que la desarrolla, establecen la responsabilidad de la Administración sobre el cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como el mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad en los establecimientos<sup>1</sup>. Dicha Administración penitenciaria mantiene la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de Atención Primaria de salud.

La evolución de la sanidad penitenciaria ha sido, cronológicamente, paralela a la reforma de la atención sanitaria española, aunque no podemos olvidar que la población atendida, en cuanto a patologías, así como el medio en sí mismo, genera cierta peculiaridad.

Durante la década de los años 80, el interés primordial de la política penitenciaria española se centraba en la rehabilitación y reinserción a la sociedad del preso; el aspecto sanitario formaba parte de la institución pero con una importancia relativa, ya que dependía y sigue dependiendo del Ministerio del Interior.

La creación del Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup> supuso iniciar un cambio de ideas al respecto y dar comienzo, a la integración del colectivo en los sistemas públicos de salud. En los 90, la aparición de nuevas patologías, en especial el VIH, unido a la puesta en marcha de sistemas de prevención en patologías frecuentes como hepatitis virales y tuberculosis, así como programas de rehabilitación de toxicómanos, provocó un aumento en la inversión, con mayor dotación de efectivos, infraestructuras en las enfermerías, farmacias, etc.

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituyó un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. Después de transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la *Ley General de Sanidad* y tras producirse profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar, se publicó la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, que garantizó la cohesión de prestaciones y calidad de los diferentes servicios regionales de salud y estableció que los servicios

---

<sup>1</sup> *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, (LOGP) y Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP).*

<sup>2</sup> *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*



sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias fueran transferidos a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. En ese momento, todos los centros penitenciarios comenzaban a disponer de Farmacias o Depósitos, que eran y son gestionados en su mayoría por un farmacéutico o en su defecto por un enfermero. Todos ellos disponían de un stock de medicamentos de dispensación en Oficina de Farmacia y medicamentos de dispensación hospitalaria como antirretrovirales, tratamientos para la hepatitis C, etc.

En la reciente *Ley General de Salud Pública (33/2011) en su disposición Adicional Tercera*<sup>3</sup> hace mención a la autoridad penitenciaria sanitaria para que coordine las acciones encaminadas al cumplimiento de dicha ley en los servicios sanitarios penitenciarios que no hayan sido transferidos a las distintas Comunidades Autónomas dando de ello cuenta al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Y es que hablando de salud, las cárceles se comportan, como una lupa que concentra y magnifica determinados problemas sanitarios como SIDA, hepatitis virales, toxicomanías, tuberculosis, patologías psiquiátricas, parasitosis..., en colectivos determinados, mayoritariamente varones entre 25 y 50 años de edad procedentes de las bolsas de marginación y pobreza de las grandes ciudades y de los estratos socioeconómicos menos favorecidos de la sociedad e inmigrantes, en espacios físicos muy reducidos. Ello explica que la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en las cárceles sean muy superiores a las de la población general.

Todos los tratamientos de enfermedad tuberculosa en prisión son directamente observados y se llevan a cabo eficaces programas de prevención y control de esta enfermedad que tienen un indudable impacto en la salud pública general.

Las vacunaciones universales contra hepatitis B y tétanos, previenen de dos graves enfermedades en una población con alto riesgo de padecerlas.

Al contrario que en el resto del sistema público, que sólo tiene estimaciones, se conoce el número de infectados por VIH que hay en las prisiones españolas, a todos ellos se les ha ofertado tratamiento y lo está tomando quien lo ha aceptado, en todo caso, más del 60% de los pacientes infectados.

---

<sup>3</sup> *Ley 33/2011 de 4 de octubre (BOE núm. 240 de 5 de octubre) General de Salud Pública que deroga parcialmente Ley 14/1986 y Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y etc.*

Los tratamientos contra la hepatitis C, a base de Interferón pegilado más Ribavirina, son hoy rutinarios en prisión y con resultados superponibles a los obtenidos en la población general. Más de 7.000 pacientes toxicómanos recibieron en 2009 tratamiento con metadona. Se controla médicamente a cerca de 4000 pacientes con padecimientos psiquiátricos mayores como esquizofrenia o depresión<sup>4</sup>.

Evolutivamente el gasto farmacéutico ha ido aumentando exponencialmente, debido entre otros factores a los nuevos tratamientos para, VIH, hepatitis C, el uso compasivo psicofármacos de recientísima comercialización y elevado precio, aunque estos resultados no constituyen un hecho aislado circunscrito al medio penitenciario solo, en Atención Primaria también se está incrementando. En cuanto al gasto farmacéutico en prisiones, la factura fue de 56 millones de euros en 2009, el 50% fue destinado a tratamientos antirretrovirales, 14% neurolépticos atípicos<sup>5</sup>.

Con alguna frecuencia los psicofármacos se prescriben buscando utilidades terapéuticas en el campo de los trastornos de personalidad, las dependencias y los comportamientos disfuncionales que no han sido reconocidas como indicaciones (uso compasivo). Por todo esto es interesante realizar un estudio que va permitir, una descripción pormenorizada del uso de psicofármacos en el Centro Penitenciario Madrid III, uno de los centros con menor gasto farmacéutico de la Comunidad Autónoma de Madrid (a pesar de su elevado porcentaje de tránsitos). La investigación se desarrolló en dos semanas durante las que se registraron todas las prescripciones de psicofármacos junto con diversos parámetros dependientes del interno y otros posibles condicionantes.

En el otro estudio, se realizó un seguimiento del uso del subgrupo terapéutico de los antiepilépticos como (Gabapentina, Oxcarbamazepina, Topiramato, Lamotrigina y Pregabalina), en veinticinco centros penitenciarios y entre ellos Madrid III. Con el objetivo de conocer si se estaban utilizando en indicaciones aprobadas en ficha técnica y en caso negativo, conocer en qué indicaciones se están utilizando y realizar una intervención farmacéutica con el objetivo de informar de la realidad existente y sensibilizar al profesional sanitario sobre la utilización de la vía de uso compasivo.

---

<sup>4</sup> *Informe General 2006 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2007; p 272.

<sup>5</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de la Coordinación General de Sanidad Penitenciaria*. Secretaría General de Instituciones Penitenciaria. Ministerio del Interior. 2010; p 35-45.

## Objetivos

Este estudio parte de una reflexión sobre la sanidad penitenciaria en el momento actual y analiza el trabajo realizado por los farmacéuticos en el ámbito de dichas instituciones, atendiendo a las características de la población penitenciaria.

El objetivo primordial que se persigue es mostrar en profundidad el funcionamiento asistencial y la gestión farmacéutica del Centro Penitenciario de Valdemoro - Madrid III, una de las siete prisiones ubicadas en esta Comunidad Autónoma, en la que trabajo como farmacéutica. Para lograrlo, se marcaron varias premisas básicas:

- Conocer las necesidades, situación y las características de la población penitenciaria edad, sexo, tipos de delitos, problemas psíquicos y sociales.
- Describir, el modelo penitenciario de atención sanitaria, establecido de forma paralela al Sistema Nacional de Salud en los años ochenta: sus semejanzas y diferencias con el Sistema Nacional de Salud. Enfermedades más comunes, hepatitis C, VIH, tuberculosis, adicciones a drogas y etc, esto condicionará los recursos sanitarios necesarios. Esta Sanidad está pendiente de ser transferida a la Sanidad de cada una de las Comunidades Autónomas a las que pertenece, en este punto se hace referencia a la Sanidad Penitenciaria de otros países como Estados Unidos y Reino Unido.
- Analizar las drogodependencias en prisiones y los programas de intervención que se han desarrollado para éstas: educación para la salud, programa de mantenimiento con metadona, programa de dispensación y prescripción de metadona, programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona, programa de intercambio de jeringuillas, programa de deshabituación, programa de reincorporación social y programa marco para la atención integral a pacientes mentales.
- Estudiar la Farmacia penitenciaria su evolución, situación, normativa, legislación, administración, dispensación, recursos materiales, humanos, gestión y funciones del farmacéutico de Instituciones Penitenciarias.
- El Centro Penitenciario Madrid III, características del centro, de su población algunas diferencias con algunos centros, formación, tratamiento, administración y

trabajo en dicho centro. Los servicios médicos en Madrid III, su plantilla, organización del trabajo.

- La Farmacia en Madrid III, situación legal, planificación, gestión, modo de adquisición y comparativa del gasto con la medica española.
- Se evaluaron las características cuantitativas y cualitativas del consumo de psicofármacos en el Centro Penitenciario de Madrid III en un periodo de dos semanas estándar del año 2005.
- Finalmente se realizó un estudio descriptivo multicentro, de utilización de antiepilépticos, para conocer el porcentaje de tratamientos con 5 antiepilépticos (Gabapentina, Topiramato, Oxcarbamazepina, Lamotrigina y Pregabalina), en las veinticinco prisiones elegidas con farmacéutico, que estaban fuera de la indicación terapéutica, para ello se realizó un estudio de prevalencia revisando las historias un día del mes de noviembre de 2005.



## 1. Asistencia sanitaria en Instituciones Penitenciarias

En España la Administración del Estado se responsabiliza del cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como del mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos<sup>6</sup>. Concretamente dicha asistencia sanitaria está a cargo, salvo en las prisiones de la Generalitat de Catalunya, y recientemente del País Vasco<sup>7</sup> de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) perteneciente al Ministerio del Interior, que asume la financiación de ésta.

El Art. 209 del *Reglamento Penitenciario (1996)* recoge el modelo de atención sanitaria en Instituciones Penitenciarias (IIPP), la divide en dos: una Atención Primaria que se realiza con medios propios de la Administración Penitenciaria en los centros penitenciarios y una Atención Especializada que se asegura a través del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>8</sup>. Para conseguir este objetivo, dicha Administración y las Administraciones Sanitarias han formalizado convenios de colaboración en materia de

---

<sup>6</sup> La asistencia sanitaria en Instituciones Penitenciarias (IIPP) está regulada en la actualidad por la *Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria* (LOGP) y sus modificaciones: *Ley Orgánica 13/1995, de 18 de diciembre*, *Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio*, *Ley 38/1988, de 28 de diciembre*, *Ley Orgánica 6/2003, de 30 de junio* y *Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio*. El *Real Decreto 190/1996 del 9 de febrero por el que se aprueba Reglamento Penitenciario (RP)* y sus modificaciones *Real Decreto 1203/1999, 9 de julio*, *Real Decreto 782/2001 de 6 de julio*, *Real Decreto 419/2011 de 25 de marzo*, que lo desarrolla (arts. 207 al 220).

<sup>7</sup> La Sanidad Penitenciaria del País Vasco a partir del 1 de julio de 2011 ha pasado a formar parte de Sistema Sanitario Vasco (Osakidetza) por *Real Decreto 849/2011 de 24 de junio* (BOE núm. 155 del 30 de junio de 2011)

<sup>8</sup> RP Art. 209. *Modelo de atención sanitaria.*

“1. Atención primaria: 1.1. La atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo.

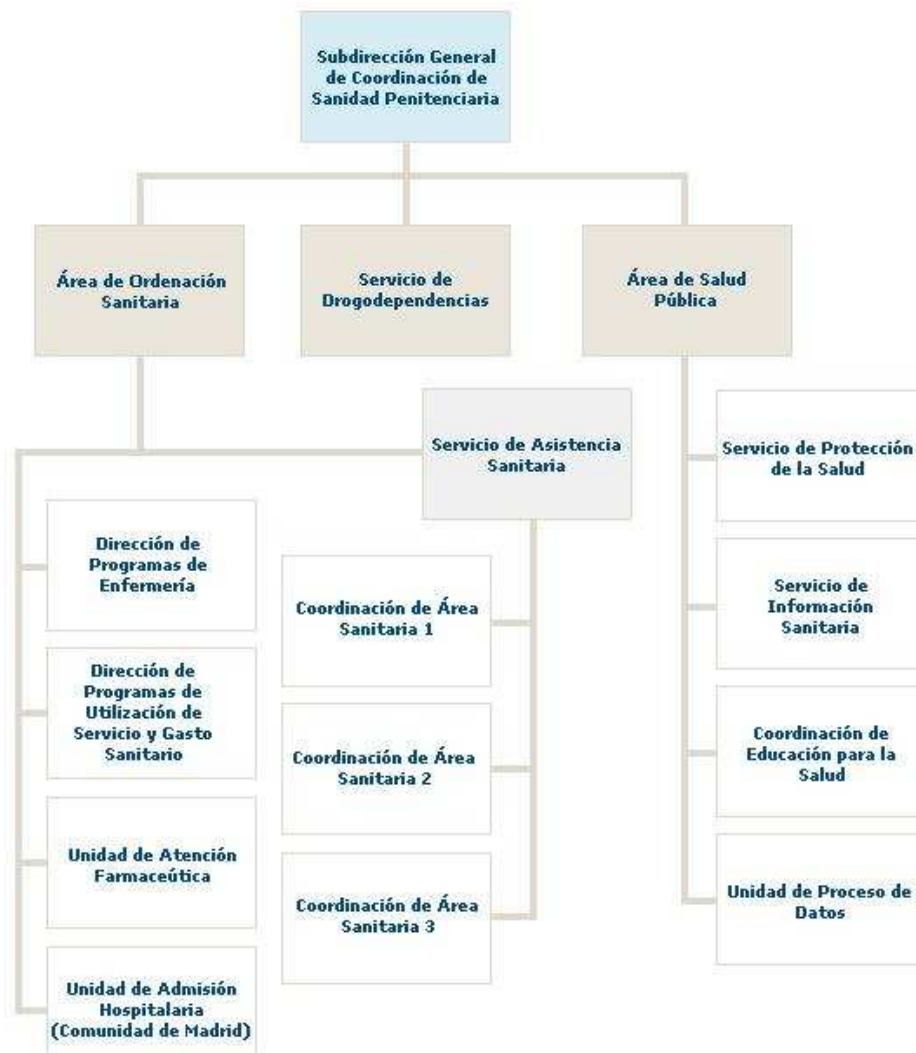
1.2. Los centros de mujeres dispondrán además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando convivan niños con sus madres, de un pediatra.

2. Asistencia especializada: 2.1. La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos.

2.2. La asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al centro penitenciario.

2.3. Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas.”

salud pública y asistencia sanitaria en los que se definen los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, de este modo se asegura una cobertura sanitaria semejante al del resto de los ciudadanos españoles<sup>9</sup>. A continuación se muestra el organigrama de la Sanidad Penitenciaria.



Organigrama de Sanidad Penitenciaria.

La Sanidad Penitenciaria cuenta además con sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica para conocer cuáles son las enfermedades prevalentes entre la

<sup>9</sup> Ley Constitucional Española (1978) en el Art. 25.2, "se refiere a la obligación del Estado-Administración Penitenciaria a garantizar a los internos una serie de prestaciones"; el Art.43 "reconoce el derecho a la protección de la salud". La Ley General de Sanidad (LGS) (1986) regula el modo de hacer efectivas esas prestaciones señalando quienes son titulares del derecho a la protección de la salud y garantizando la asistencia sanitaria pública a toda la población española en condiciones de igualdad.

población penitenciaria y los grupos de mayor riesgo, para ello existe una adecuada coordinación con los sistemas de información y vigilancia epidemiológica del SNS<sup>10</sup>.

Para desarrollar la Atención Primaria los centros penitenciarios cuentan con una enfermería con instrumental médico, sala de curas, consultas, habitaciones, sala de rayos, Farmacia o Depósito de Medicamentos y personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de clínica y etc)<sup>11</sup>. Los internos, a su ingreso en el centro, son examinados por un médico que le abre su historia clínica individual<sup>12</sup>. Para la aplicación de cualquier tratamiento es preciso contar con el consentimiento previo del interno, debiendo recibir previamente información adecuada al respecto. Del mismo modo, se actúa en las investigaciones médicas, los internos no podrán ser objeto de estudio, solo en su beneficio y con su consentimiento informado<sup>13</sup> (*Anexo 1: Solicitud de autorización de trabajos de investigación en centros penitenciarios. página 185*).

La Atención Especializada se realiza en los hospitales de referencia del Sistema Nacional de Salud (la salida del centro debe ser autorizada por la dirección del centro penitenciario<sup>14</sup>), en el caso de Madrid III es el 12 de Octubre, que cuenta con zona de acceso restringido que permite garantizar una atención adecuada al enfermo ingresado en condiciones de seguridad tanto para el personal hospitalario como para el resto de los usuarios del sistema sanitario.

---

<sup>10</sup> RP Art. 220 (1996) “La administración Penitenciaria deberá contar con sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica que le permitan conocer cuáles son las enfermedades prevalentes entre la población penitenciaria y los grupos de mayor riesgo con la finalidad de adecuar los mismos y la asistencia a las necesidades reales detectadas. La Administración Penitenciaria y Administraciones Sanitarias competentes, fijarán los protocolos que garanticen la coordinación con los sistemas de información y vigilancia epidemiológica del Sistema Nacional de Salud”.

<sup>11</sup> Real Decreto 190/1996 RP Art. 213. (1996) “En los Establecimientos existirá un local destinado a enfermería, dotado de los medios materiales precisos para cubrir la asistencia medico-general y con una capacidad proporcional al número real de internos en el centro”.

<sup>12</sup> Los datos de la historia clínica individual tiene carácter confidencial. Los internos tendrán derecho a ser informados sobre su estado de salud y a que les sean expedidos los informes que soliciten *Reglamento Penitenciario*, Art.215, 1996. En el Art 10.3 de la *Ley 14/1986 General de Sanidad* (1986), Art. 7 y 16 de la *Ley 41/2002 Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. *LO 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal*.

<sup>13</sup> *La Circular 11/2005* de la Dirección General de Sanidad Penitenciaria (DGIP) señala además que cualquier estudio o trabajo de investigación en un centro penitenciario que precise datos de la población reclusa, deberá ser conocido y autorizado y deberá contar con el consentimiento de los interesados. Ver anexo I: Documento de autorización.

<sup>14</sup> *Real Decreto 190/1996 RP Art. 218* “Consultas e ingreso en hospitales extrapenitenciarios y custodia. La vigilancia y custodia de los detenidos, presos o penados la realizan las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado”.



La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas aparecen de nuevo en el *Art. 209 del Reglamento Penitenciario*, los medicamentos serán proporcionados por Administración Penitenciaria, salvo los que no estén comercializados en España<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> *Real Decreto 190/1996 RP Art. 209. Modelo de atención sanitaria. “La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España”.*

## 2. Características de la población penitenciaria

La población penitenciaria es una población joven en la que la mayoría de los internos están comprendidos entre los veinte y los cuarenta años, pertenecen en un alto porcentaje al sexo masculino y la nacionalidad predominante es la española<sup>16</sup>. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) se ocupa de atender a la población reclusa con una plantilla de trabajadores pertenecientes al cuerpo de funcionarios y en otros casos con personal laboral.

### POBLACIÓN RECLUSA POR SEXOS

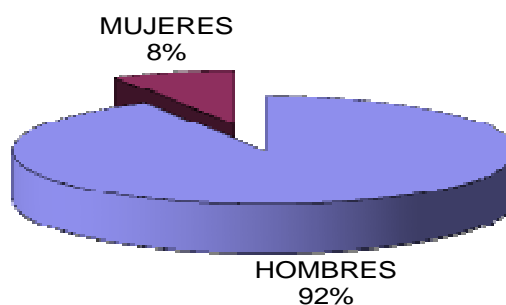


Figura 1. Población Penitenciaria por sexo.

---

<sup>16</sup> <http://www.institucionpenitenciaria.es/opencms/opencms/documentos/estadistica>. (Datos recogidos en julio 2010). El número de internos el 31 de diciembre de 2006 es de 55.049, en julio de 2010 el número de internos es de 76.215. La población reclusa se ha incrementado desde el año 2006 al 2010 un 27,8%.

## POBLACIÓN PENITENCIARIA SEGÚN GRUPO DE EDAD

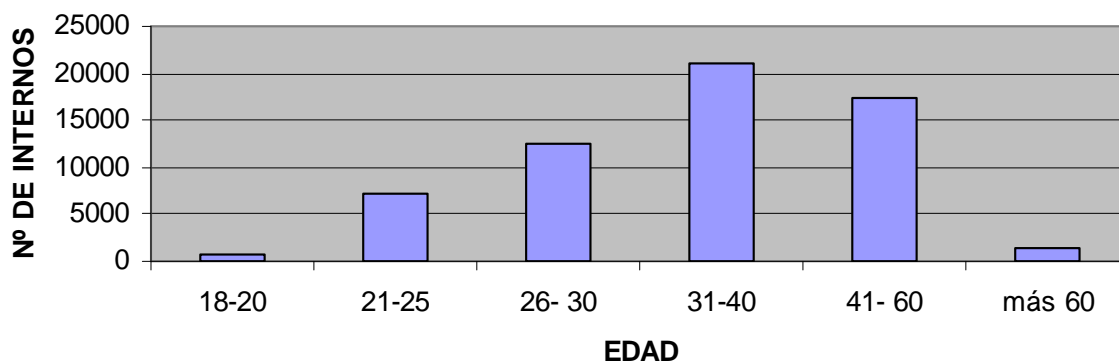


Figura 2.- Población penitenciaria según grupos de edad.

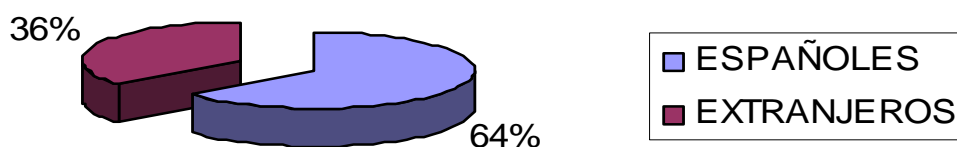


Figura 3.- Población penitenciaria según nacionalidad.

El delito predominante en los hombres es contra la propiedad (40,5%) sin embargo en las mujeres es contra la salud pública, como podemos apreciar en la figura número 4<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Programa de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios 2006. Servicio de Drogodependencia. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.2007; p. 10.

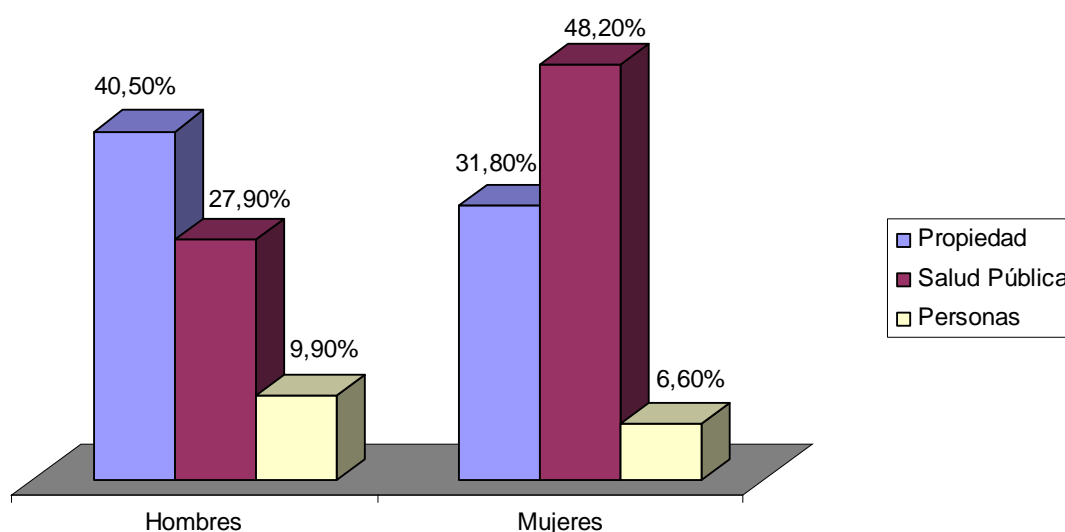


Figura 4. Distribución de delitos de la población penitenciaria.

El nivel de estudios es bajo (en general, no han terminado la formación básica) y la cualificación laboral es escasa<sup>18</sup>. El consumo de drogas afecta a la mayoría de las personas que ingresan en prisión, muchas de ellas son policonsumidoras y es frecuente que utilicen para la administración de ésta, la vía parenteral<sup>19</sup>.

En el mes anterior al ingreso en prisión consumen diferentes sustancias a destacar: alcohol (63%), cannabis (42%) y cocaína en polvo (31%) figura 5<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios. Dirección General de Instituciones Penitenciarias 2007; p. 3.

<sup>19</sup> Circular 17/2005, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones Penitenciarias.2005; p. 9.

<sup>20</sup> Programas de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios. Memoria 2006. Servicio de Drogodependencias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.2007; p.10-14.

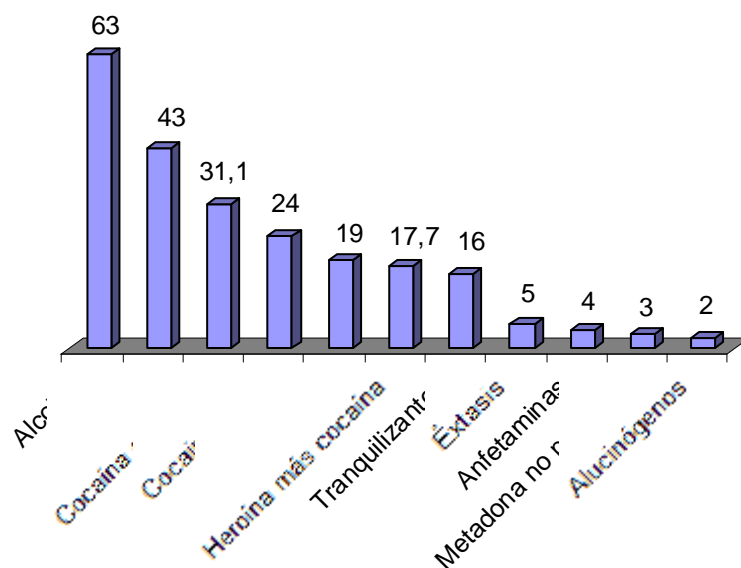


Figura 5.- Consumo de drogas al ingreso en prisión, 2006.

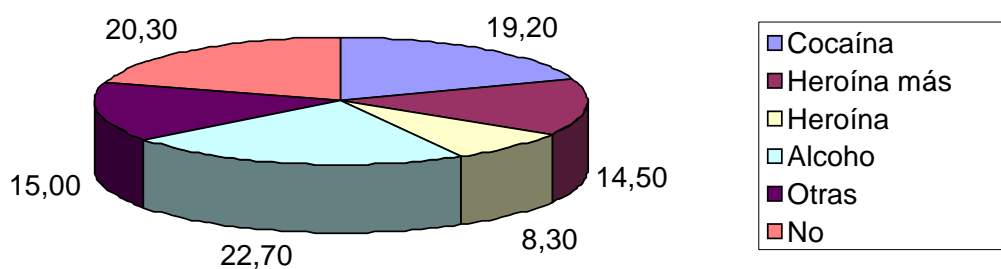


Figura 6.- Grupos de consumidores según droga principal al ingreso en prisión, 2006.

La edad de inicio del consumo es muy temprana, con una historia de consumo de más de 10 años. El grupo mayoritario un 42% de las personas que ingresan en prisión, son consumidoras de cocaína y toman otras sustancias de forma secundaria (tranquilizantes, cannabis, alcohol, etc). Solo el 20,3% no consume drogas en el mes previo al ingreso (figura 6)<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> *Programas de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios. Memoria 2006.* Servicio de Drogodependencias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007; p.10-14.

En 2000 y 2006, se elaboraron sendas encuestas estatales que han permitido comparar la evolución en el consumo de drogas<sup>22</sup>. Se mantiene que la mayoría de las personas que ingresan en prisión consumen sustancias tóxicas en el momento del ingreso. En la figura 7 se exponen los grupos específicos de consumidores según sustancia principal de consumo en el mes anterior al ingreso en prisión en los años 2000 y 2006<sup>23</sup>.

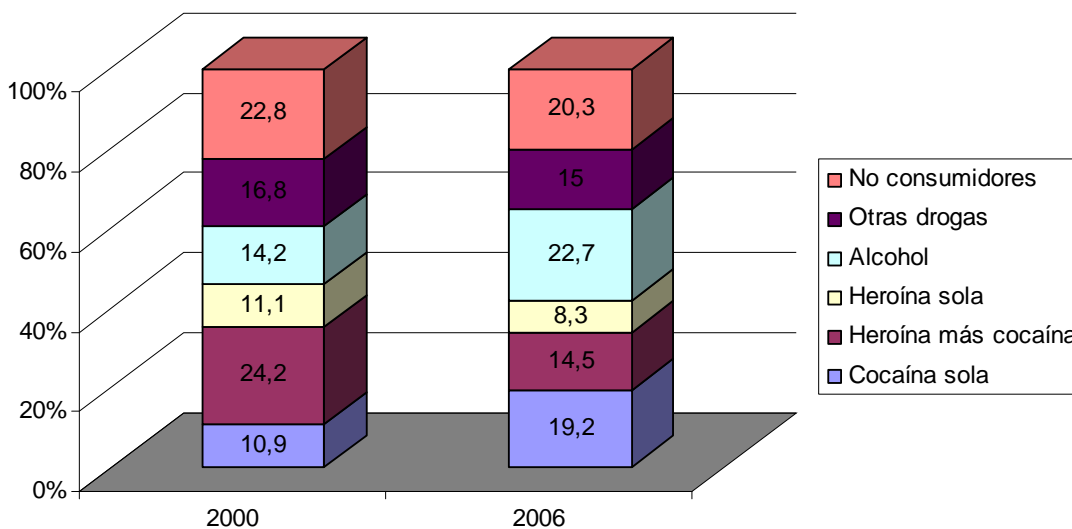


Figura 7.- Grupos de consumidores según droga principal al ingreso en prisión, años 2000-2006.

En 2006 se incrementó notablemente el porcentaje de internos que al ingreso en prisión son consumidores de cocaína sola como droga principal, así como los consumidores de alcohol y se han reducido los de heroína. En cuanto a la vía de administración ha disminuido la intravenosa se ha pasado de un 21,9% en 2000 a un 11,7% (figura 8)<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> La encuesta del año 2000 se realiza únicamente a los internados en los centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la del año 2006 a la población interna del país, incluyendo Cataluña.

<sup>23</sup> *Informe General 2006 Dirección General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2007; p.246-249.

<sup>24</sup> *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006*. Informe General 2006. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2007; p. 250.

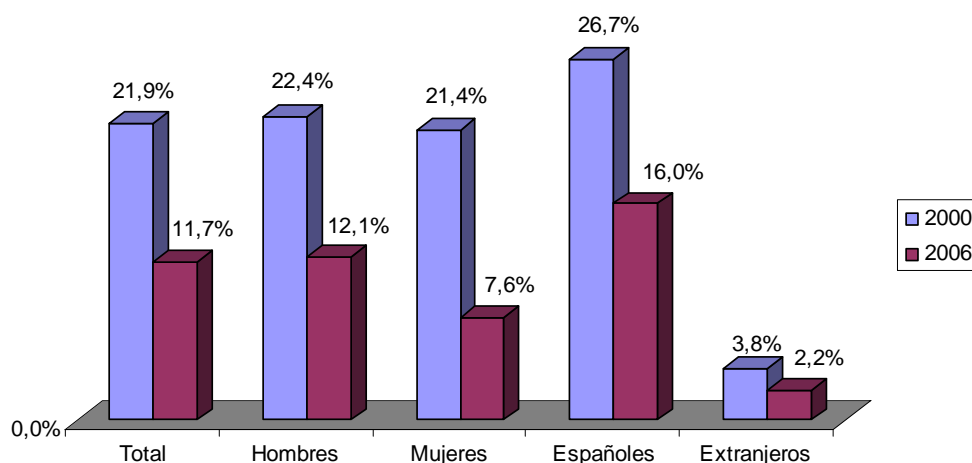


Figura 8.- Consumo por vía intravenosa al ingreso en prisión. Población total y distribución por sexo y nacionalidad Evolución año 2000 – 2006.

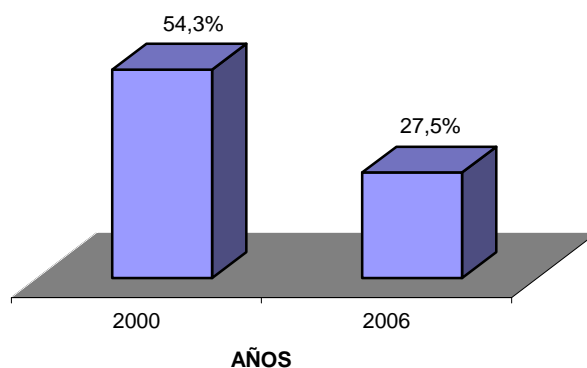


Figura 9.- Consumo con jeringuillas ya usadas en los UDVP al ingreso en prisión. Evolución años 2000 –2006.

En el año 2000 el consumo con jeringuillas ya usadas en usuarios de drogas por vía parenteral llegaba a un 54,3% y en 2006 se redujo a un 27,5% (figura 9).

## 2.1. Problemas psíquicos

Entre los problemas psíquicos podemos destacar: los efectos tóxicos de las drogas, trastornos psíquicos inducidos por el consumo, agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, la drogodependencia y el trastorno psíquico. La enfermedad mental grave o crónica es un problema importante entre la población reclusa.

En junio de 1998 se realizó un estudio genérico, Estudio Transversal sobre Sanidad Penitenciaria, sobre la totalidad de la población penitenciaria<sup>25</sup> el 4,18% de los internos padecía una psicosis crónica y 3,5% presentaban una discapacidad psíquica<sup>26</sup>.

En un metanálisis realizado por Fazel con cerca veintitrés mil internos de diferentes países donde se estableció un rango del 2-4%, de internos que padecían un trastorno psicótico<sup>27</sup>.

El Centro Penitenciario de Zuera realizó un estudio sobre la prevalencia psiquiátrica y observaron que al ingreso en la prisión, el 10% de los internos sufrían esquizofrenia, 5% psicosis, 3% trastorno delirante, 1% maniaco, 7% trastorno adaptativo y 17% trastorno de personalidad<sup>28</sup>.

Según el informe de prevalencia de enfermedad mental en el medio penitenciario realizado por la Dirección General entre los días 20 de noviembre y 1 de diciembre del año 2006, en sesenta y cuatro centros penitenciarios (todos excepto los psiquiátricos). Los resultados que arrojó fueron, que la población reclusa presenta una elevada tasa de patología mental, el 17% de los internos en centros penitenciarios tienen antecedentes de haber padecido algún tipo de trastorno mental previo a su ingreso en prisión. Destaca que el 3,4% ha padecido o padece un trastorno de tipo psicótico, el 12,8% un trastorno de tipo afectivo y el consumo de drogas es frecuente en estas personas. La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos. El 25,6% de los internos tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica<sup>29</sup>.

## 2.2. Problemas sociales

Entre los problemas sociales son frecuentes los problemas formativo-escolares, laborales, familiares, de convivencia, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas, y los problemas

---

<sup>25</sup> Incluyendo también los hospitales psiquiátricos.

<sup>26</sup> *Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2006; p.3.

<sup>27</sup> FAZEL S, DANESH J. "Serious disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *The Lancet*. 2002; vol 359: 545-550.

<sup>28</sup> ARROYO JM, ORTEGA E. "Un programa de mejora de calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 5 años (2000- 2005)". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2006; 9: En prensa.

<sup>29</sup> *Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2006; p.9-14.



legales. El consumo de heroína, cocaína y alcohol; causa una gran desestabilización personal por la gravedad de las complicaciones físicas (enfermedades como VIH y hepatitis C, ..), psíquicas y sociales.

El perfil del delincuente drogodependiente que ingresa en prisión, suele presentar problemas multifactoriales, de carácter educativo, cultural, formativo, laboral, psicológico, sanitario, social y penal; exige que el abordaje de las intervenciones sea multidisciplinar<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> *Circular 5/1995 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Política global de actuación en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias.* Secretaría de Estado de asuntos penitenciarios Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2005; p.13.

### 3. Equipos sanitarios de Atención Primaria en establecimientos penitenciarios

Los equipos sanitarios de Atención Primaria, que están dentro de los propios centros penitenciarios, están dirigidos por un Subdirector Médico o Jefe de Servicios Médicos e integrados por personal funcionario (médicos y enfermeros) y laboral (auxiliares de enfermería, Técnicos de rayos y etc) todos ellos pertenecen al Ministerio del Interior. De este modo se asegura una atención medico-sanitaria equivalente a la Atención Primaria recibida por el resto de la población en los Centros de Salud.

Tabla 1. Número de efectivos (médicos, diplomados en enfermería y auxiliares) en prisiones en el año 2009.

MÉDICOS *	DIPLOMADO EN ENFERMERÍA	AUXILIARES DE CLÍNICA
377	583	440

\*Médicos generales y especialistas

#### Otro Personal Laboral

Tabla 2. Otros efectivos sanitarios en prisiones año 2009.

CATEGORÍA	N.º EFECTIVOS
Farmacéuticos	<b>33</b>
T.E.L. *	12
T.E.R. **	13
Celadores	54
Fisioterapeuta	1

\*T.E.L. Técnico especialista de laboratorio

\*\* T.E.R. Técnico especialista de rayos

Las especialidades de Odontología, Psiquiatría, Ginecología y Pediatría, denominadas básicas en el sistema penitenciario, se prestan también en los mismos centros<sup>31</sup>, así como la atención bucodental, que se cubre a través de empresas privadas de servicios.

Toda esta labor asistencial se realiza en los despachos de consulta y en las salas de curas, así como en los departamentos de enfermería que cuentan con más de dos mil camas<sup>32</sup> con arreglo a la distribución siguiente:

Tabla 3. Número de camas en los departamentos de enfermería en los centros penitenciarios en 2009<sup>33</sup>.

A. de Guadaira	9	Villabona	84	Cuenca	12	Madrid IV	32
Almería	54	Palma Mall.	69	Ocaña I	27	Madrid V	63
Algeciras	70	Arrecife	7	Ocaña II	20	Madrid VI	55
Córdoba	63	Las Palmas	32	Herrera	17	Madrid VII	64
Albolote	81	S. Cruz Palma	10	Alcázar	2	Murcia	56
Huelva	64	Tenerife	66	Badajoz	39	Pamplona	15
Jaén	32	El Dueso	20	Cáceres	26	Bilbao	27
Málaga	72	Ávila	9	La Lama	81	Nanclares	47
Puerto I	9	Burgos	28	Teixeiro	81	S. Sebastián	12
Puerto II	41	León	81	Orense	20	Valencia	150
Puerto III	64	La Moraleja	62	L. Bonxe	24	Alicante I	44
Sevilla	56	Topas	59	L. Monterroso	18	Alicante II	64
Sevilla II	64	Segovia	40	Logroño	22	Castellón I	32
Daroca	22	Soria	9	Madrid I	12	Castellón II	64
Teruel	7	Valladolid	24	Madrid II	44	Ceuta	26
Zaragoza	65	Albacete	20	Madrid III	68	Melilla	21

Instituciones Penitenciarias dispone de dos Hospitales Psiquiátricos uno en Alicante y otro en Sevilla, donde los internos son pacientes psiquiátricos y para su atención cuentan con psiquiatras.

<sup>31</sup> En la Comunidad de Madrid, la Administración Penitenciaria contó durante el año 2009 con los siguientes médicos especialistas: tres Odontólogos, dos Psiquiatras, un Pediatra, un Dermatólogo y un Ginecólogo. *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p166-167.

<sup>32</sup> Los hospitales psiquiátricos de Alicante y Sevilla cuentan con 305 y 112 camas respectivamente. El C.P. de Madrid VI cuenta con un gimnasio de rehabilitación a cargo de un fisioterapeuta. *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p167.

<sup>33</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p167.

Los equipos sanitarios realizan actividades de educación sanitaria, promoción de la salud, actividades preventivas y actividades de atención a la enfermedad, tanto en consultas ordinarias o urgentes como en consultas programadas de seguimiento de patologías concretas.

La educación para la salud se suele realizar de forma individualizada en las consultas programadas médicas y de enfermería; las actividades grupales se llevan a través de los programas de mediadores.

Como actividad preventiva se realiza vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las prisiones. Los centros penitenciarios notifican semanalmente a Sanidad Penitenciaria el número de nuevos casos diagnosticados de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y también cualquier brote epidémico que se produzca<sup>34</sup>. Dentro de esta actividad preventiva es de destacar que, en cada ingreso en prisión, se oferta a todos los internos la realización de pruebas serológicas para determinar su situación inmunitaria frente a la hepatitis B, procediéndose a la vacunación cuando está indicado de acuerdo con los resultados. También se recomiendan otros tipos de vacunación antitetánica, la vacunación frente a la hepatitis A en susceptibles con VHC positivo y la vacunación antineumocócica en VIH positivos; anualmente, se lleva a cabo la campaña de vacunación antigripal.

---

<sup>34</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2011; p.174.

Tabla 4. Número de dosis de vacunas administradas en IIPP en 2006 vs número de dosis de administradas en Madrid III en 2006.

	<b>II.PP</b>	<b>C.P. Madrid III</b>
Tipo de vacuna	Número de dosis	Número de dosis
<b>HEPATITIS B</b>		
- Primera dosis	13.171	1016
- Segunda dosis	10.570	900
- Tercera dosis	7.533	621
- Dosis de recuerdo	1.531	47
<b>TÉTANOS</b>		
- Primera dosis	14.475	1037
- Segunda dosis	12.212	943
- Tercera dosis	8.415	557
- Dosis de recuerdo	1.902	97
<b>GRIPE</b>		
- Internos	21.314	727
- Funcionarios	4.332	
<b>TOTAL</b>	<b>25.646</b>	

Este nivel de Atención Primaria desarrolla varios programas de prevención relacionados con la detección de enfermedades de transmisión parenteral/ sexual y con el control de la tuberculosis, sin olvidar la práctica estratégica denominada Mediación en Salud<sup>35</sup>.

Merece una mención detallada, por su interés relevante, el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Dentro del programa preventivo de educación para la salud, los temas tratados con mayor frecuencia son los relacionados con drogodependencias, higiene en general, alimentación y nutrición, enfermedades de transmisión sexual y educación sexual y promoción de salud mental.

<sup>36</sup> Ha sido elaborado por profesionales sanitarios de IP y revisado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. 2001.

### **3.1. Programa de prevención y control de tuberculosis en medio penitenciario<sup>37</sup>**

La Tuberculosis humana es una enfermedad infectocotagiosa conocida desde la antigüedad, producida por *Mycobacterium tuberculosis*, sigue teniendo actualidad y sigue siendo un grave problema de Salud Pública. El declive en nuestro país de sus tasas de incidencia anuales se ha debido en gran parte a la mejoría de las condiciones sociales y sanitarias y secundariamente, a la disponibilidad de tratamientos cada vez más eficaces. Sin embargo, nuevas situaciones epidemiológicas hacen que sigan existiendo dificultades para su control como la infección por VIH/SIDA y la inmigración<sup>38</sup>.

Es posiblemente el problema Salud Pública más relevante en Instituciones Penitenciarias, no sólo por la alta incidencia, sino también porque es tal vez la única enfermedad para la que el hecho de estar en prisión, constituye por sí mismo un factor de riesgo que va indisolublemente unido a la condición de institución cerrada y a la extracción social de su población, y es compartido por las prisiones de todo el mundo, tanto de los países más ricos como de los menos desarrollados. Sobre este riesgo basal e ineludible, la epidemia de infección por el VIH vino a agravar el problema desde mediados de los ochenta.

Ante esta situación en 1991 se puso en marcha “El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario”, elaborado por profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias y revisado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.; en esa edición los esfuerzos se centraban en el screening de la infección tuberculosa al ingreso. En el año 2000 se publica la segunda edición en el que el objetivo principal es prevenir la transmisión de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento directamente observado, para ello se realiza la Prueba de Mantoux a todos los internos a su ingreso y a partir de los resultados se instauran los distintos procedimientos del programa que incluyen tratamiento a los enfermos, quimioprofilaxis a los infectados y en todos los casos educación sanitaria. En 2010 se editó la tercera edición donde el objetivo sigue siendo el mismo y se introduce modificaciones basadas en los consensos científicos,

---

<sup>37</sup> Ha sido elaborado por profesionales sanitarios de IP y revisado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. 2001.

<sup>38</sup> KINDELÁN JM, NATERA C. “Tuberculosis en grupos de riesgo”. *Información Terapéutica Sistema Nacional de Salud* 2006; vol 30: 3-10.

como en el tratamiento de la enfermedad, el nivel de priorización del tratamiento de la infección latente y etc<sup>39</sup>.

Esta situación también se repitió en las prisiones de Cataluña por ello en el año 1993 para el control de la enfermedad elaboran un “Protocol de prevenció i control de la tuberculosi als centres penitenciaris de Catalunya” realizado por profesionales sanitarios del propio Departamento de Justicia<sup>40</sup>.

Los datos del Registro de Casos de TB de Instituciones Penitenciarias, tienen como base principal la notificación individualizada de tuberculosis que se realiza desde los centros penitenciarios, a través de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Se notifica, de forma individualizada en hoja autocopiativa, a la Secretaría General y simultáneamente a los Servicios de Epidemiología de las CCAA tanto los casos diagnosticados durante la estancia en prisión como los casos que ingresan de libertad con tratamiento. El número de casos de tuberculosis notificados en Madrid III en los años 2005 y 2006 fueron seis y siete respectivamente<sup>41</sup>.

En cuanto a la situación de la tuberculosis en Instituciones Penitenciarias según los datos del estudio transversal sobre Sanidad Penitenciaria en junio de 1998, la prevalencia de infección por M. tuberculosis en los centros penitenciarios era al menos un 50%, más elevada en los usuarios de drogas intravenosas. Según los datos del registro de casos de SIDA de la SGSP, en 1998 el 67% de casos de SIDA tenían TB. A lo largo del tiempo han tenido continuidad las acciones sanitarias establecidas en el programa, el promedio diario de internos en tratamiento por enfermedad tuberculosa fue de más de cien, y el promedio diario de internos en quimioprofilaxis fue trescientos en 2006<sup>42</sup>.

Según dicho programa de prevención y control de la tuberculosis en el medio penitenciario, la educación para la salud juega un papel fundamental en los distintos niveles de prevención. La prevención primaria o de la infección, adquisición de hábitos

---

<sup>39</sup> *Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el Medio Penitenciario*. 3ª edición. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010.

<sup>40</sup> ESPINOSA MI. “La farmàcia penitenciària a Catalunya”. *Tesis doctoral inédita, Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona*, 2002; p. 68.

<sup>41</sup> *Casos de Tuberculosis en Instituciones Penitenciarias año 2005-2006*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. 2007; p.1-11.

<sup>42</sup> *Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. 2001; p.11-13.

higiénicos que disminuyan el riesgo de transmisión: ventilación, higiene de las secreciones respiratorias.

Prevención secundaria o del desarrollo de la enfermedad en los infectados: adherencia a la quimioprofilaxis, alimentación adecuada, etc. Y diagnóstico precoz que es la capacidad para reconocer precozmente los síntomas de la enfermedad en sí mismo y en los demás internos, consultar y colaborar en el diagnóstico.

Finalmente la prevención terciaria o de complicaciones de la enfermedad con el cumplimiento correcto del tratamiento<sup>43</sup>. Con todo ello se pretende: educar a la población de internos y animar a que se realicen screening.

### **3.2. Programas de prevención de enfermedades de transmisión parenteral sexual, de prevención y control de la infección VIH/SIDA**

Las enfermedades de transmisión parenteral presentan una alta prevalencia en el medio penitenciario<sup>44</sup>. En 2009 en las prisiones españolas un 7% de la población estaba infectada por el virus VIH<sup>45</sup> sin embargo el C.P. Madrid III que por las características de ser un centro de preventivos en su mayoría, con un alto porcentaje de extranjeros, tenía 4,8% de su población.

La principal vía de transmisión de VIH en prisiones es la vía parenteral, un 67,9%, le sigue la vía de heterosexual con un 28,6% en 2009. (Tabla nº 5)<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup> *Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

<sup>44</sup> *Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario. Programa Marco*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2002; p.8.

<sup>45</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p.203.

<sup>46</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p.203.



Tabla 5. Vías de transmisión en los casos diagnosticados de infección VIH en prisiones en el año 2009.

Vía de transmisión	Nº (%)
UDVP	19 (67,9)
Heterosexual	8 (28,6)
Otros/NC	1 (3,6)
<b>Total</b>	<b>28</b>

Esta enfermedad es de gran trascendencia, por las graves repercusiones sobre la salud individual, como por su carácter transmisible y por el alto coste de su tratamiento. También es importante tener en cuenta la repercusión de la infección por VIH en la epidemiología de la tuberculosis, otro gran problema en el medio penitenciario<sup>47</sup>. Las enfermedades indicativas de casos diagnosticados de SIDA en 2009 mayoritarias fueron, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (tabla nº 6)<sup>48</sup>, de hay la existencia de un programa específico de tuberculosis.

Tabla 6. Enfermedad indicativa diagnosticada en casos de SIDA 2009.

Enfermedad indicativa	Nº (%)
Tuberculosis Pulmonar	10 (35,7)
Neumonía extrapulmonar	10 (35,7)
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	2 (7,1)
<i>Mycobacterium</i> de otras especies	2 (7,1)
Otras enfermedades	7 (25,0)

Nota: La suma excede del total de casos ya que una misma persona puede tener más de una enfermedad indicativa.

<sup>47</sup> *Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario. Programa Marco*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2002; p.8.

<sup>48</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior. 2011; p.186.

La otra vía con una frecuencia significativa es la vía sexual, y a su vez más de la mitad de las personas que se supone que se han infectado por esta vía han mantenido relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectadas (UDI). Por lo tanto el uso de drogas inyectadas, directa o indirectamente, está en el origen de la inmensa mayoría de los casos de SIDA en el medio penitenciario. Por todo ello, la prevención de las enfermedades de transmisión parenteral es una prioridad de primer orden dentro de las políticas de salud pública de las Instituciones Penitenciarias<sup>49</sup>.

La prevención de la transmisión de estas enfermedades se lleva a cabo mediante actividades de educación para la salud, intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas)<sup>50</sup>.

Se reparten preservativos a todos los internos junto con el material higiénico y en los departamentos de comunicaciones. El seguimiento, control y tratamiento de los pacientes VIH/SIDA o con Hepatitis C crónica se realiza de forma programada e individualizada, y en coordinación con el hospital de referencia.

La educación para la salud y mediación en salud, que persigue, mediante la formación de equipos multidisciplinarios y la participación directa de los internos, la adquisición de hábitos de vida más saludables y el cambio de comportamientos y actitudes frente a prácticas de riesgo, como estrategia fundamental para la prevención de enfermedades transmisibles en el medio penitenciario.

En las drogodependencias se requieren actuaciones informativas y motivacionales, programas libres de drogas, programas con sustitutivos opiáceos (programa de mantenimiento con metadona), intervención psicosocial y derivaciones a recursos comunitarios. Todos ellos de acuerdo con las tendencias generalizadas de abordaje al drogodependiente.

La tendencia continua siendo descendente desde 1995, como muestra la figura 11<sup>51</sup> en los casos de diagnósticos de SIDA, el número de casos de diagnosticados en 2009 fueron

---

<sup>49</sup> *Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario Programa Marco*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2002; p. 8.

<sup>50</sup> *Informe General 2006 Dirección General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2007; p.222.

<sup>51</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2011; p.185.

veintiocho y la edad media de los casos notificados fue de  $37 \pm 7,5$  en ese mismo año, la más alta observada desde que se inició el registro.

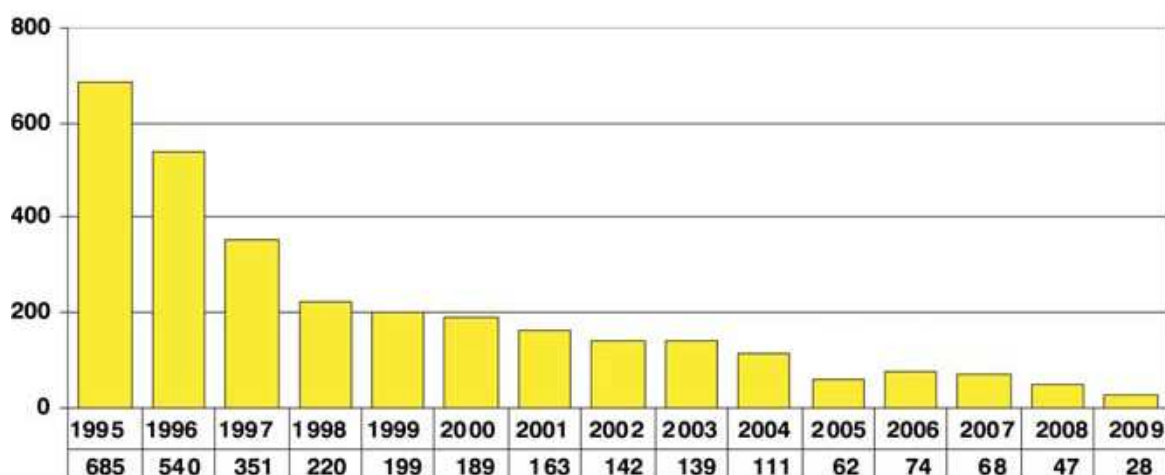


Figura 10. Casos de SIDA diagnosticados en II.PP. según el año de diagnóstico.

El promedio de internos con infección por VIH conocida, según las encuestas de mayo y noviembre de 2009, fue de 7%, en la línea descendente de los últimos años, la más baja desde el año 1996, como muestra la figura 10<sup>52</sup>.

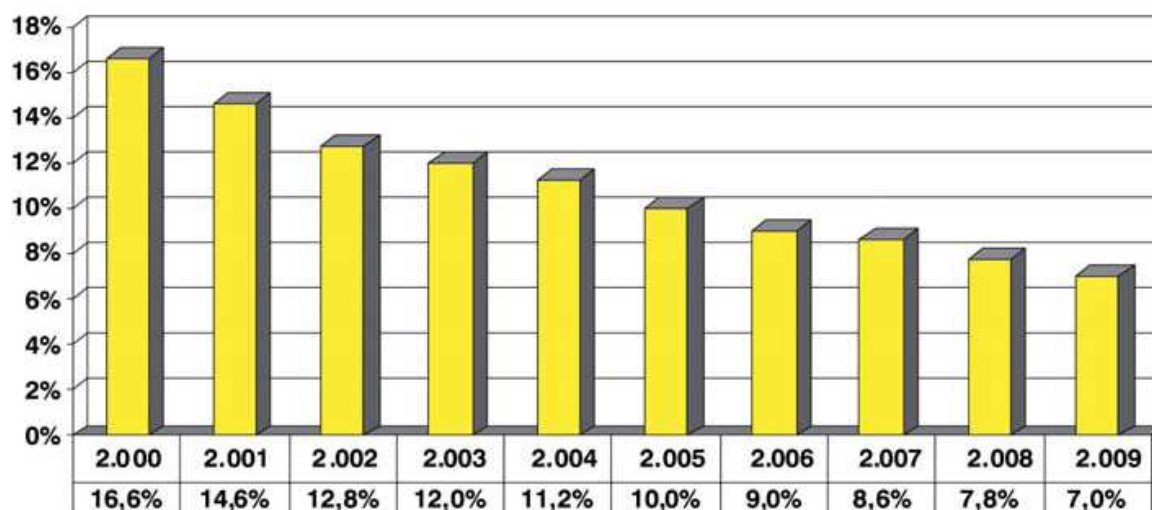


Figura 11. Evolución de la Prevalencia de Infección por VIH 2000-2009.

<sup>52</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011; p.184.

En la figura anterior, se observa un decrecimiento en la prevalencia de VIH, desde el año 2000, (el 16,6% en 1996 al 7% en 2009), se podría atribuir, al descenso del consumo de heroína intravenosa y a los programas de educación para la salud, programa de mantenimiento con Metadona, programa de intercambio de jeringas (PIJ) y etc, tanto en el interior de las prisiones como en el exterior.

El número de fallecimientos por SIDA en el año 2009 fue de diecisiete pacientes bajo la custodia de II.PP (figura 12)<sup>53</sup>, hay un importante descenso en el total de los fallecimientos por SIDA que comienza a partir del año 1996 y que sigue hasta el año 2009 ininterrumpidamente, que puede coincidir con la disposición de un importante arsenal terapéutico, que en los años 90 no existía.



Figura 12. Evolución de los fallecimientos por SIDA en II.PP.

### Infección por VHC

La infección producida por el virus de la hepatitis C, es la de mayor prevalencia en el medio penitenciario, lo refleja el estudio 1998, que la estimó en un 46% de la población penitenciaria si bien se estima que un 3% de la población general está infectada por este virus y la mayoría en fase asintomática. Se trata de una enfermedad de transmisión parenteral y sexual, de declaración obligatoria (EDO), de la que en el momento actual no se dispone de vacuna.

<sup>53</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011; p.187.

En 2009 el 25% de los internos estaban infectados por el VHC y las personas en tratamiento fueron casi trescientas, la aparición de nuevos fármacos (Pegintron pegilado) ha aumentado considerablemente tanto la eficacia como el coste del tratamiento<sup>54</sup>.

El uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas es el principal factor de riesgo, aproximadamente uno de cada tres infectados por VHC también lo está VIH<sup>55</sup>, la enfermedad hepática por VHC se ha convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad de los pacientes infectados por el VIH<sup>56</sup>.

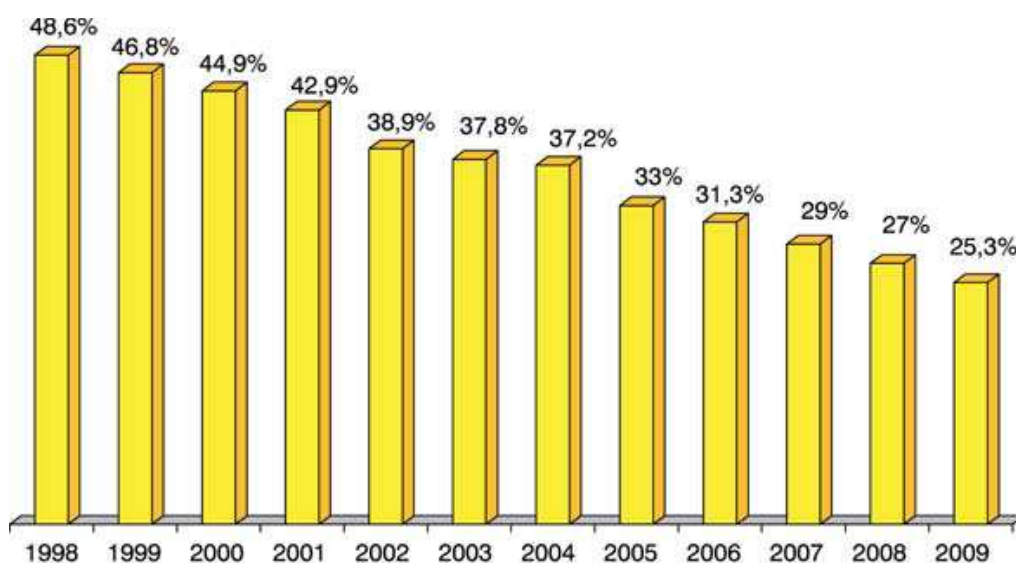


Figura 13. Evolución de la prevalencia de la infección por VHC (1998-2009) en II.PP.

La evolución de la prevalencia de la infección VHC en IIPP ha sufrido a lo largo del tiempo un importante descenso (figura 13).

<sup>54</sup> *Hepatitis Víricas en el Medio Penitenciario Situación Actual y Protocolos de Actuación*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo.2003; p.1.

<sup>55</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2011; p.204.

<sup>56</sup> SULKOWSKI M, THOMAS D. "Hepatitis C in the HIV-infected person. *Ann intern Med*". 2003; vol 138: 197-207.

### 3.3. Política de actuaciones en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias

El Ministerio del Interior aplica como líneas generales de la Institución Penitenciaria en materia de drogas dos tipos diferentes de intervención<sup>57</sup>; la primera enfocada a la reducción de la oferta y representada por el impedimento y persecución de la entrada y distribución de sustancias tóxicas en los centros penitenciarios, utilizando los medios que permitan la detección de las personas implicadas en el tráfico y el desmantelamiento de las redes de distribución. La segunda intervención, en forma de programas<sup>58</sup>, va dirigida a la población penitenciaria y quiere atender las áreas de prevención, asistencia y reincorporación social. De acuerdo con Ley Constitucional Española (1978)<sup>59</sup> y con la Ley Orgánica General Penitenciaria (1979)<sup>60</sup>, el objetivo de esta intervención reside en la normalización e integración social del interno. Se quiere prevenir el inicio en el consumo de drogas y las conductas de riesgo, además reducir los daños asociados al consumo y de este modo conseguir periodos de abstinencia para finalmente optimizar la incorporación social.

En los establecimientos penitenciarios se realizan acciones preventivas dirigidas a la totalidad de la población, así como actividades de tipo terapéutico y reinsertador para los consumidores activos o en proceso de recuperación. En total son seis programas dirigidos a: prevención y educación para la salud, intercambio de jeringuillas (PIJ), tratamiento con metadona, deshabituación y reincorporación social y los programas sanitarios,

---

<sup>57</sup> La intervención en materia de drogas en IIPP viene regulada por la *Circular 17/2005 DGIP* que publicó el Ministerio del Interior. Permite la participación y coordinación de los profesionales penitenciarios, de los Planes Nacional y Autonómicos sobre Drogas y sobre el SIDA, de otras instituciones y de las ONGs, posibilitando, el Equipo Técnico-GAD, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones, con el fin de normalizar e integrar socialmente a los internos con problemas de drogodependencia.

<sup>58</sup> *Programa de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios* 2006. Servicio de Drogodependencia. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. D.G.I.P 2007; p.8.

<sup>59</sup> *El Art.25.2 de la Ley Constitucional (1978): "establece que las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, gozando el condenado a pena de prisión de los derechos fundamentales. Es competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de prestaciones servicios necesarios, así como fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitar la adecuada utilización del ocio".*

<sup>60</sup> La *LOGP* (1979) constituye el marco legal para desarrollar cualquier estrategia o programa de intervención dirigido a la consecución de la reeducación y reinserción social de internos drogodependientes, siendo de especial relevancia los Arts. 1, 3, 11, 36, 37, 59 y 66. El desarrollo de esta Ley Orgánica viene dado por el *RP Real Decreto 190/1996, a través, entre otros, de los Arts. 56, 57, 114, 115, 116, 117, 145, 154, 156, 182, 244 y 251.*

(tuberculosis, VIH, hepatitis enfermedades de transmisión sexual y salud mental, tratados casi todos en los puntos anteriores).

### **3.3.1. Programa de prevención y educación para la salud**

Los objetivos, programa, equipo responsable y actividades se establecen en la *Circular 17/2005*. El programa incluye: mejorar la información sobre las drogas, evitar el inicio del consumo, reducir el consumo, reducir conductas de riesgo, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales y mejorar la competencia psicológica y social. Estas actividades las desarrollan los equipos técnicos-GAD.

En cuanto a las actividades que se desarrollan, hay talleres de sexo seguro, consumo de menor riesgo, manejo del estrés, educación para la salud y mediadores para la salud. Durante el año 2009 han participado más de treinta y dos mil internos en actividades de prevención y educación para la salud<sup>61</sup>.

La formación de mediadores en salud como método de educación entre iguales es una de las modalidades más eficaces y efectivas en las prisiones. Los objetivos residen en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludables, ejerciendo de una forma eficaz y efectiva el papel de agentes de salud, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas.

### **3.3.2. Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ)**

El intercambio de jeringuillas en Instituciones Penitenciarias es un programa de reducción de daño, que se instaura con objetivo de prevenir la transmisión de enfermedades entre los usuarios de drogas inyectadas, a través del uso compartido del material de inyección. En España, el primer programa de distribución e intercambio va comenzar en el País Vasco en el año 1988<sup>62</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a todos los países que realicen todos los esfuerzos necesarios para aplicar los materiales de prevención en relación VIH, tanto en el interior de las prisiones, como en el exterior, incluido el programa de intercambio de jeringuillas<sup>63</sup>. *El Art. 219 del Reglamento*

---

<sup>61</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2011; p.200.

<sup>62</sup> ARROYUELO O, FERNÁNDEZ DE GARAYALDE A. “Primer Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Estado Español”. Jano 1991; vol 940:119-124.

<sup>63</sup> *Who Guidelines on HIV infection and AIDS in prisión World Health Organisation*. Geneva, 1993.



*Penitenciario (1996)* hace referencia a esta responsabilidad. En 1996 edita la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA una guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas.

En 2002 elaboran y se implanta en Instituciones Penitenciarias el Programa Marco de Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario, que sentaría las bases, en cuanto a objetivos, población, material, confidencialidad y etc<sup>64</sup>. Los objetivos generales son prevenir las infecciones por VIH, VHB, VHC y otros agentes patógenos asociados al uso inyectado de drogas en la población reclusa. Los objetivos específicos son reducir la frecuencia de uso compartido de jeringuillas y agujas para la inyección de drogas mediante la distribución de material de inyección estéril además de mejorar las condiciones higiénicas de la autoinyección. La población a la que va dirigido son todos los usuarios de drogas inyectadas internados en los centros penitenciarios. Se inicia con la entrega un primer kit, la norma debe ser el intercambio es decir, se requiere la devolución de la jeringuilla anterior para entregar un nuevo kit. La inclusión en el programa de mantenimiento de metadona u otros programas de tratamiento no debe ser incompatible con el intercambio, a no ser que el interno así lo decida<sup>65</sup>.

El Kit de intercambio debe contener: jeringuilla y aguja dentro de un estuche rígido transparente o translúcido, toallita desinfectante, agua destilada y un preservativo.



Kit de PIJ

---

<sup>64</sup> *Programa Marco Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002; p.9-11.



Respecto a la confidencialidad el PIJ es una actuación de salud que prioriza la prevención de la enfermedad en el toxicómano sobre la intervención en su adicción. Se trata por lo tanto un programa de carácter exclusivamente sanitario, ello le confiere un carácter de confidencialidad regulado en la *Ley General de Sanidad* (1986) y en el *Reglamento Penitenciario* (1996) para salvaguardar los datos clínicos y la información sanitaria<sup>66</sup>.

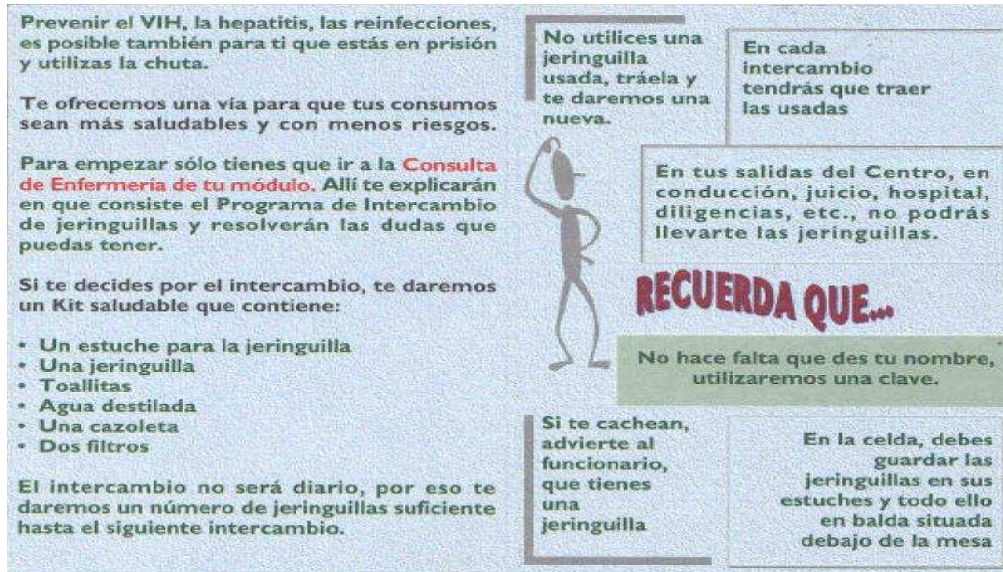
Antes de la puesta en marcha del programa, los trabajadores de los centros penitenciarios fueron informados sobre el mismo y ante el posible incremento del riesgo para los trabajadores al ponerse en marcha los PIJ, la Dirección General de Inspección de Trabajo y Seguridad Social elaboró una *Instrucción 101/2002*<sup>67</sup>, donde explicaba que de este modo se evitarían la utilización de jeringas clandestinas.

A continuación se muestra el folleto realizado en el Centro Penitenciario Madrid V para informar sobre el PIJ.



<sup>66</sup> La confidencialidad viene expresada en los Arts. 8 y 215 del *Reglamento Penitenciario* (1996) y en *Ley General de Sanidad* (1986).

<sup>67</sup> *Instrucción 101/2002* estima que la implantación del PIJ no plantea inconvenientes graves al desarrollo de la actividad de los funcionarios de prisiones, sino que más bien atenúa y minimiza los riesgos derivados de la utilización de jeringuillas clandestina.



**Prevenir el VIH, la hepatitis, las reinfecciones, es posible también para ti que estás en prisión y utilizas la chuta.**

Te ofrecemos una vía para que tus consumos sean más saludables y con menos riesgos.

Para empezar sólo tienes que ir a la **Consulta de Enfermería de tu módulo**. Allí te explicarán en que consiste el Programa de Intercambio de jeringuillas y resolverán las dudas que puedas tener.

Si te decides por el intercambio, te daremos un Kit saludable que contiene:

- Un estuche para la jeringuilla
- Una jeringuilla
- Toallitas
- Agua destilada
- Una cazoleta
- Dos filtros

El intercambio no será diario, por eso te daremos un número de jeringuillas suficiente hasta el siguiente intercambio.

No utilices una jeringuilla usada, tráela y te daremos una nueva.

En cada intercambio tendrás que traer las usadas

En tus salidas del Centro, en conducción, juicio, hospital, diligencias, etc., no podrás llevarte las jeringuillas.

**RECUERDA QUE...**

No hace falta que des tu nombre, utilizaremos una clave.

Si te cachean, advierte al funcionario, que tienes una jeringuilla

En la celda, debes guardar las jeringuillas en sus estuches y todo ello en balda situada debajo de la mesa

Cada centro elabora, su PIJ, que deber ser aprobado por la Comisión de Dirección del centro. Para elaborarlo los responsables sanitarios de los centros contactan con los responsables de prevención del SIDA y de drogodependencias de su Comunidad Autónoma para su colaboración. La ejecución y evaluación de este se hace a través del personal sanitario de los centros, y son considerados como otro programa sanitario más. El PIJ debe ayudar a reducir la morbi-mortalidad asociada con el uso de jeringuillas no estériles para el consumir drogas por vía intravenosa, así como a establecer contacto sanitario con algunos usuarios de drogas intravenosas, el acercamiento de estos al equipo sanitario se puede y debe aprovecharse para asesorarles en todo lo que atañe a la protección de su salud.

Hay una serie de datos cuantitativos mínimos que se recogen en los centros, y cada semestre se realiza una evaluación y seguimiento de los mismos. En 2009 hubo usuarios del programa de intercambio en treinta y una prisiones y se distribuyeron más de doce mil jeringuillas lo muestra la figura 14<sup>68</sup>, en esta vemos el crecimiento en la distribución de jeringuillas los primeros años, sin embargo a partir del año 2006 se aprecia un descenso que podría coincidir con la disminución de adictos a drogas por vía parenteral.

<sup>68</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011; p.206.

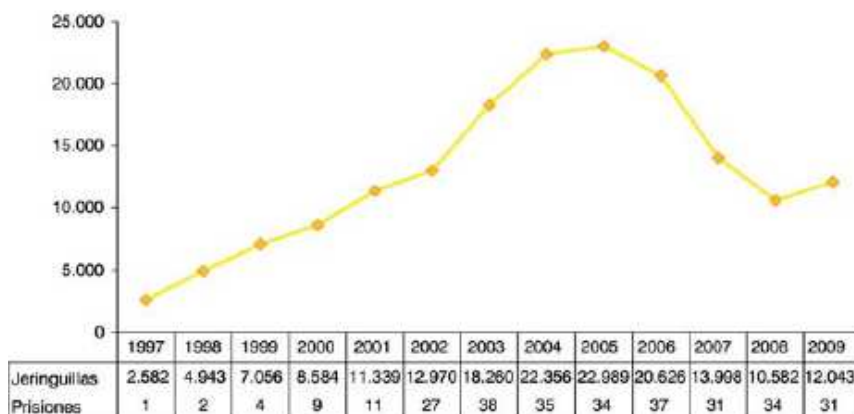


Figura 14. Jeringuillas distribuidas y prisiones con usuarios según años.

### 3.3.3. Programa de mantenimiento con metadona

La metadona es un agonista opiáceo puro ligeramente más potente que la morfina con la que comparte sus propiedades farmacológicas. Por su carácter agonista, produce tolerancia y dependencia física y psicológica. La absorción digestiva es muy buena, apareciendo en plasma a la media hora de la ingestión oral. Su fijación a proteínas plasmáticas es relativamente alta (del orden del 90%) de hay que su vida media sea prolongada (15-40 h), por esto podría ser administrada dos o tres veces a la semana en tratamientos sustitutivos. La realidad es que se administra cada veinticuatro horas. Además su larga vida media permite un descenso más lento de sus concentraciones plasmáticas, siendo aprovechada esta propiedad para su uso en programas de deshabituación (10-12 días) al tolerarse mejor la abstinencia por la menor brusquedad de los signos de privación<sup>69</sup>.

Manejando una dosis eficaz se consigue eliminar el síndrome de abstinencia de opiáceos, el deseo de consumirlos (craving) y los comportamientos de búsqueda de estas drogas. Además la metadona no altera el nivel de conciencia, lo que permite mantener actividades sociales y laborales.

Los tratamientos con metadona constituyen uno de los programas más efectivos de intervención en la reducción de riesgos y de daños en el tratamiento de la dependencia, por el considerable número de drogodependientes que acogen y por los beneficios individuales y colectivos que se pueden obtener, al favorecer la disminución del consumo

<sup>69</sup> MICÓ J.A, MORENO BREA M.R, ROJAS CORRALES O, GIBERT-RAHOLA J. “Interacciones Medicamentosas en Programas de Mantenimiento y Deshabituación a Opiáceos”. p. 3-4. S.F.

de drogas, la evitación del consumo por vía intravenosa, la mejora del estado físico y mental y el descenso de la conflictividad.

Este programa ha contribuido a mejorar notablemente la calidad de vida de los drogodependientes, al mejorar los problemas de salud, reducir el número de fallecimientos por causa de la toxicomanía, y reducir el número de infectados por el VIH y VHC.

En Instituciones Penitenciarias se inicio en el año 1994 con setecientos internos en tratamiento y durante el año 2009 recibieron tratamiento con metadona más de dieciocho mil internos drogodependientes, la prevalencia de internos en tratamiento con metadona fue de un 11% del total de la población reclusa.

Los internos en tratamiento con metadona pueden participar en actividades ocupacionales, deportivas y formativo-laborales, durante el año 2009 han pasado cerca de cinco mil internos por el programa específico de intervención psicosocial para internos en tratamiento con metadona<sup>70</sup>.

El estudio realizado sobre salud mental en el medio penitenciario por la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias en diciembre de 2006 arrojó los siguientes datos: un 16,6% de la población estudiada estaba en el Programa de mantenimiento con metadona, de estos, solo un 33,9% toma únicamente metadona (el 5,6% del total de la población) el 54,8% la tenía asociada a benzodiacepinas y el 11,3% a otros psicofármacos como antipsicóticos atípicos para el tratamiento de patologías duales<sup>71</sup>.

En cuanto a los objetivos del programa de tratamiento con metadona son recogidos en la *Circular 17/2005*, estos son<sup>72</sup>: reducir los riesgos y daños asociados al consumo, facilitar la disminución del consumo de opiáceos, evitar el consumo por vía parenteral, mejorar el estado físico y mental, incrementar la higiene, hábitos saludables, favorecer el descenso de la conflictividad, mejorar la calidad de vida, mejorar la competencia psicológica, mejorar la adaptación social, laboral y facilitar la normalización e integración social. Se

---

<sup>70</sup> *Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2011; p.208.

<sup>71</sup> *Estrategia Global de Actuación en Salud Mental. Dirección General de Instituciones Penitenciarias*. Ministerio del Interior.2007; p.11.

<sup>72</sup> *Circular 17/2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones Penitenciarias*.2005; p.22-31.



establecieron dos tipos de modalidades de programa, en función de las características de la persona<sup>73</sup>:

### **Programa de prescripción y dispensación**

Se trata de un programa paliativo que va dirigido a consumidores activos o con deterioro psicofísico. El equipo responsable es el equipo sanitario, los médicos establecen la dosis, los internos pasan a consulta a demanda. Los enfermeros preparan la dosis y la dispensan diariamente, se trata de un tratamiento directamente observado. La metadona la envía los colegios de farmacéuticos ya preparada en forma de solución, en garrafas de cristal de color ámbar, se conserva en frigorífico entre 2 y 8°C. Los objetivos establecidos son: reducir los riesgos y daños asociados al consumo, facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas. Los criterios de inclusión vienen recogidos en los *Reales Decretos* 75/1990 y 5/1996, la única condición es la dependencia a opiáceos, al inicio firman el consentimiento informado (cuyo modelo figura en el Anexo 2, página 187). Las analíticas son una prueba diagnóstica para ajustar la dosis en función de los controles positivos a opiáceos. Los casos de controles positivos a cocaína, benzodiazepinas y otras sustancias, en general no se considerarán motivos de expulsión, sino que se procederá a trabajar terapéuticamente el policonsumo. En cuanto a la expulsión del tratamiento farmacológico no se podrá realizar por cuestiones ajenas al mismo, como son la situación procesal y las vicisitudes regimentales, penales y penitenciarias.

### **Programa de intervención psicosocial**

Es adaptativo o de alto umbral, dirigido a drogodependientes en los que tienen un control del consumo de drogas y una estabilidad psicofísica, pudiendo llegar a plantearse la posibilidad de pasar a un programa de deshabituación. Los objetivos son: mejorar la competencia psicológica y social de internos en tratamiento con metadona, mejorar la adaptación social, laboral y facilitar la normalización e integración social. Este programa de intervención psicosocial, a cargo de Equipos Técnicos-GAD, abarca actividades terapéuticas individuales y grupales trabajando diferentes áreas como técnicas de reducción de ansiedad, manejo del estrés, mejora de autoestima, resolución de conflictos y etc, son fundamentales las estrategias de inserción social y laboral. En este caso la inclusión en el programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona es

---

<sup>73</sup> Circular 17/2005 Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones Penitenciarias*. 2005; p.25-28.

una decisión del Equipo Técnico-GAD. Las condiciones del programa de actividades terapéuticas quedarán claras en un contrato terapéutico, este será adaptado en lo particular por cada equipo, según las características de cada interno y el tipo de intervención.

Los internos en tratamiento con metadona accederán a las actividades existiendo diferentes niveles o grados de participación y de exigencias terapéuticas, en función de las características personales (adictivas, situación psicofísica, ...) La expulsión del programa es una decisión del Equipo Técnico-GAD.

### Tratamiento diario con metadona

En la figura 15<sup>74</sup> se ve el crecimiento desde el inicio del programa en el año 1996 hasta el año 2001, para luego comenzar un decrecimiento discreto y casi mantenido hasta el momento.

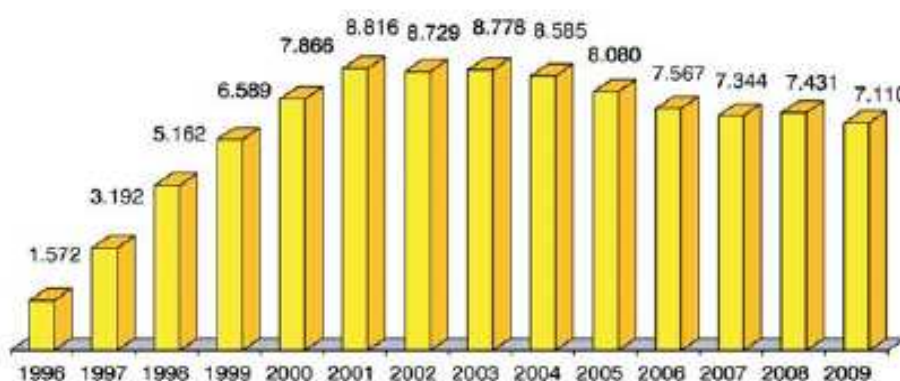


Figura 15. Tratamiento diario con metadona. Número de internos desde 1996 hasta 2009 en prisiones.

### 3.3.4. Programa de deshabituación

El equipo responsable es el técnico-GAD, va dirigido a la población reclusa consumidora de drogas de abuso. Los objetivos de este programa son: conseguir periodos de abstinencia que aseguren una ruptura con la dependencia y una reordenación personal-

<sup>74</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011; p.208.

social. Además en este programa se imparten estrategias terapéuticas y pautas de conducta que permiten una integración social.

La desintoxicación física se realizará mediante protocolos establecidos por el equipo sanitario, para intervenir en los signos y síntomas físicos y psíquicos del síndrome de abstinencia. El tratamiento farmacológico que se utiliza es: metadona, naltrexona y medicación psiquiátrica. El programa se podrá desarrollar de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico.

El modelo de deshabituación en módulo terapéutico, (Madrid III, cuenta con un módulo) se establece en centros penitenciarios con estructura modular que permite destinar al menos un módulo para albergar, de forma independiente del resto de internos. Se proporciona al sujeto una atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades en el módulo, evitando en todo momento el contacto de estos internos en programa con el resto de la población reclusa. En este módulo se desarrolla una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad y el abandono de conductas adictivas.

Hay diversas modalidades de módulo terapéutico en función de la composición del equipo de intervención y de la población del módulo: Unidad Terapéutica Educativa (UTE), Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, Módulo Terapéutico de Drogodependientes y Módulo Terapéutico Mixto.

En 2009 se llevaron a cabo programas de deshabituación en módulos terapéuticos de treinta y tres centros penitenciarios y recibieron tratamiento de deshabituación cerca de cinco mil internos drogodependientes<sup>75</sup>.

### **3.3.5. Programa de reincorporación social**

El objetivo de este programa es facilitar el desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral. Además de optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar la vida en libertad. Los equipos responsables van a ser el equipo sanitario y los equipos técnicos-GADs respectivos.

---

<sup>75</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011; p.212.

Se cuenta con la colaboración de los profesionales y recursos extrapenitenciarios existentes, tanto terapéuticos (centro de salud, hospital de referencia, centro de drogodependencias) como de la red de servicios sociales, para conseguir una globalidad entre las actuaciones, evitando la ruptura en el proceso terapéutico<sup>76</sup>.

Las actividades realizadas son: talleres de preparación para la salida y reincorporación social, salidas programadas, formación prelaboral y laboral. Se gestionan todas las derivaciones a los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.

La tabla 7<sup>77</sup>, indica el número de internos drogodependientes que fueron derivados a centros comunitarios para continuar el tratamiento durante el año 2009, con motivo de alcanzar la libertad (condicional, definitiva o provisional) y en los casos de tercer grado *Art. 182 del Reglamento Penitenciario* (1996) (derivación a comunidad terapéutica), un total de seis mil internos en dicho año.

Tabla 7. Internos derivados a centros comunitarios en el año 2009 en prisiones.

<b>INTERNOS DERIVADOS AÑO 2009</b>	
Centros de Metadona	3.184
Centros de Deshabitación	2.814
Ambulatorios	1.508
Centros de día	257
Comunidades terapéuticas	760
Pisos de inserción	65
Otros recursos de inserción	224
<b>TOTAL DERIVACIONES</b>	<b>5.998</b>

<sup>76</sup> Circular 17/2005 de la DGIP. Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias. 2005; p.22-31.

<sup>77</sup> Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011; p.216.



### **3.3.6. Programa marco para la atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios**

El objetivo de la intervención en prisión reside en la normalización e integración social del interno y así poder hacer frente de forma autónoma a las situaciones que se le presenten. La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, después de realizar un estudio, elaboró este programa en el 2007, los objetivos principales establecidos fueron: detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental y efectuar su derivación a programas de rehabilitación. Para así mejorar la calidad de vida de estos, aumentar su autonomía, la adaptación al entorno, de este modo conseguir una reincorporación social y realizar una derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

Las líneas generales de intervención con enfermos mentales comprenden: detección diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

La Detección, diagnóstico y tratamiento, es el primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población interna. La rehabilitación tiene como objetivos esenciales remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía de la persona. En la reinserción social, adquiere especial relevancia la preparación para la salida en libertad para obtener una reincorporación social eficaz, estableciendo los contactos previos.

Se establecieron tres programas de intervención:

- Programa de Atención clínica, está dirigido a detectar, diagnosticar y tratar a los enfermos.

- Programa de Rehabilitación está encaminado a conseguir la recuperación de las capacidades personales, aumentar la autonomía personal, la calidad de vida la adaptación al entorno, evitando el deterioro psicosocial, la marginación y la discriminación.

- Programa de Reincorporación Social que pretende optimizar la reincorporación social de los enfermos mentales y la derivación adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios. Los objetivos son gestionar las posibles presentaciones socio-económicas, impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social, facilitar el contacto con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad, efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos

los enfermos mentales que son puestos en libertad y para el cumplimiento de la medida de seguridad<sup>78</sup>.

A finales de 2011 se publica la Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario<sup>79</sup>, que surge de la experiencia de un grupo de profesionales del centro penitenciario de Zuera con un grupo de internos e internas, en los que se identifican factores protectores y de riesgo para la salud mental en el contexto penitenciario. Dicha experiencia la premió en 2007 la OMS en la modalidad de “ejemplo de buena práctica de colaboración eficaz entre la Institución Penitenciaria y la comunidad exterior en el área de mejora de salud. Las características principales de la guía son: la promoción de la salud haciendo hincapié en los determinantes de la salud mental, que va dirigida a la población penitenciaria sana, los contenidos se trabajan con técnicas grupales participativas y que puede ser aplicada por personas no profesionales de la salud mental. Uno de los objetivos a destacar, como novedoso es el desarrollo de la capacidad de los profesionales que trabajan en el cuidado de la salud mental en prisiones para conseguir una comunicación bidireccional, (de vigilancia, de sanidad y etc).

---

<sup>78</sup> *Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007.

<sup>79</sup> *Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Coordinación y medio Abierto. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011.



#### **4. La Sanidad Penitenciaria y su integración en el Sistema Nacional de Salud**

La transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las CCAA y su integración en el área de atención primaria de los respectivos entes autonómicos del SNS, es una necesidad ética, legal y es también una reivindicación de los profesionales sanitarios penitenciarios, que ven en ella el medio más idóneo para mejorar la calidad de las prestaciones actuales del sistema penitenciario, tanto en la atención a los pacientes como en la equiparación de las condiciones profesionales de los sanitarios de Instituciones Penitenciarias con las de sus compañeros de los sistemas asistenciales de las diferentes Comunidades.

Además, con la culminación de este proceso, se daría cumplimiento a lo establecido en la legislación sanitaria más importante en España en este ámbito (*Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*). Por otro lado, la falta de integración puede afectar al principio de equivalencia en la prestación de los cuidados médicos a la población privada de libertad.

Las relaciones de colaboración y coordinación existentes entre la Administración Penitenciaria y cada Comunidad Autónoma son distintas<sup>80</sup>. A día de hoy el Ministerio del Interior dispone de algunos convenios de colaboración en materia sanitaria con algunas CCAA que han establecido acciones para garantizar que asistencia sanitaria en prisiones se equipare a la que recibe la población general<sup>81</sup>.

Únicamente existen dos excepciones, es decir, dos CCAA que gestionan los servicios sanitarios de sus prisiones. Desde 1984 están transferidas las competencias sobre prisiones a la Generalitat Catalana y con ella, la asistencia sanitaria y más reciente con el *Decreto 113/2010* en el que se establece la posibilidad de solicitar la integración del personal sanitario del Departamento de Justicia adscritos a los Servicios Sanitarios Penitenciarios al Instituto Catalán de Salud.

---

<sup>80</sup> ARCHANDO LÓPEZ PELEGRIN C. "Integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Traspaso de competencias". *Revista Española Sanidad Penitenciaria*. 2006; vol 8:100-102.

<sup>81</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010. p.105-112.

En el País Vasco se ha producido el traspaso de la Sanidad Penitenciaria: funciones, servicios y personal (diecisiete médicos, veintiún ATS, ocho auxiliares de clínica y un farmacéutico, es decir cuarenta y siete trabajadores) a la sanidad de su Comunidad Autónoma a través del *Real Decreto 894/2011*<sup>82</sup>.

Hay un proceso intermedio de integración, es el de la Prisión de Pamplona con casi trescientos internos, en la que se ha informatizado la historia clínica y administrativa a través de la plataforma OMI<sup>83</sup>, tiene las mismas posibilidades que los consultorios del Servicio Navarro de Salud: generación informática de la petición de pruebas complementarias, derivación a la Atención Especializada, petitorios de los servicios de Farmacia y etc. El Gobierno de Navarra ha sufragado los gastos necesarios para la mejora de las comunicaciones, la accesibilidad a la Atención Especializada y el consumo farmacéutico. Por lo tanto los servicios sanitarios ofrecidos en la prisión de Pamplona son equiparables a los de los consultorios de Atención Primaria de esa Comunidad.

En países como Francia, Noruega o recientemente Inglaterra y Gales, han solucionado este problema al haber integrado la Sanidad Penitenciaria en el sistema nacional público de salud, con lo que los profesionales sanitarios atienden indistintamente dentro y fuera de prisión a los ciudadanos. Por otro lado están aquellos países en los que no hay un sistema público y universal de sanidad, como Estados Unidos, donde la implicación del sector privado en la asistencia sanitaria en prisiones es mucho mayor<sup>84</sup>. *La Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (2003) dispone expresamente que la Sanidad Penitenciaria deberá ser transferida a las CCAA, para posteriormente integrarse en los respectivos servicios de salud y fija un plazo de año y medio para completar este proceso. Por lo que en noviembre de 2004 se debía haber producido las transferencias. Cabría preguntarse, porqué la Sanidad Penitenciaria constituye hoy un sistema paralelo con mínimas conexiones con el Sistema

---

<sup>82</sup> *Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria.*

<sup>83</sup> El OMI ofrece: Apuntes, Antecedentes, Condicionantes y problemas, Episodios, Ordenes Clínicas, Últimas visitas, Pendientes (prescripciones). Para poder usar el programa es necesario dar de alta al individuo en la Base de Datos de Usuario del Gobierno de Navarra asignándolo al centro penitenciario (su figura es la de Consultorio dependiente del Centro de Salud San Juan de Pamplona). Si el paciente ya ha sido atendido por el Servicio Navarro de Salud, el personal podrá visualizar los datos de la HC desde el primer momento.

<sup>84</sup> ARROYO JM, ASTIER P. "Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2003; vol 5: 60-76.

Nacional de Salud, si tenemos en cuenta que estamos hablando de un reducido grupo de unas setenta mil personas (el 1,5% de la población española).

Tenemos que tener en cuenta el notable impacto que este reducido grupo de población tiene en términos de salud pública y de salud mental. A título de ejemplo se puede decir que entre 1990 y 2006, el 11% de todos los casos de SIDA declarados en España lo fueron desde el sistema penitenciario. La Sanidad Penitenciaria aporta al Sistema Nacional de Salud un importante valor añadido en la atención de un segmento de población con graves carencias y necesidades en salud. En muchos casos accede por primera vez al sistema sanitario en el momento de su ingreso en prisión.

En 1995, la oficina europea de la OMS puso en marcha el **Proyecto de Salud en Centros Penitenciarios (HIPP)** que reconoce las diferencias entre el nivel de salud general y la salud de los presos. El objetivo principal es apoyar a los estados miembros a mejorar la salud pública contando con la salud y la atención de la salud en las cárceles, y facilitar los vínculos entre la salud de la prisión y la de los sistemas de salud pública en los planos nacional e internacional. El HIPP ha establecido una red de prisiones desde 1995 y es el enlace entre la OMS Europa y los Estados miembros y actualmente treinta y seis naciones se incluyen en la red<sup>85</sup>.

El trabajo que ha desarrollado España en la protección de la salud en las prisiones se vio reconocido con tres premios otorgados por la OMS a tres proyectos destinados a implantar buenas prácticas de salud en los centros penitenciarios (Proyecto de CP. El Dueso, CP. Teruel y Proyecto de CP. Daroca y Zuera).

Han elaborado un documento denominado **Recomendación de Madrid**, en el que se recogen las medidas para conseguir que las prisiones sean un entorno donde se pueda mejorar la salud de los internos. Entre esas medidas se incluyeron los programas de reducción de daños, el desarrollo de programas para el tratamiento de infecciones transmisibles y para los usuarios de drogas, la formación del personal de prisiones en la prevención, tratamiento y control de las infecciones transmisibles y el apoyo a la salud mental.

---

<sup>85</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010.p17.

En el año 2002, la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria realizó un estudio denominado **Programa de Calidad Asistencial en Prisiones (CAPRI)**<sup>86</sup> sobre el estado de la Sanidad Penitenciaria, valorando su situación respecto a medios humanos, materiales y cuantificando los problemas existentes que pudiesen afectar a la calidad asistencial sanitaria en las prisiones españolas. La metodología utilizada fue mediante grupos nominales de Delbecq realizados con profesionales agrupados por territorios, se eligieron los problemas de calidad u oportunidades de mejora estructurales (PCOM) y los problemas reales en la Sanidad Penitenciaria más importantes como: descoordinación con el SNS, déficit de medios materiales, exceso de número de guardias y carga asistencial, etc. Además establecieron los diez procesos que más afectaban a la calidad asistencial<sup>87</sup> en los centros penitenciarios de esa zona y según los criterios de los profesionales asistentes. También se realizó una reunión con profesionales de enfermería para valorar los PCOM que desde su punto de vista afectan a la calidad y establecieron una relación de problemas que afectan a la Sanidad y a los procesos<sup>88</sup>.

CAPRI concluye que muchas de las propuestas presentes en el informe pueden llevarse a cabo con la integración de los profesionales en los Servicios de Salud de las CCAA, se conseguiría una asistencia sanitaria integrada y se facilitaría la remotivación del profesional, al mejorar sus condiciones profesionales y laborales. Mejoraría la coordinación con hospitales, permitiría la formación, la investigación y la implementación de protocolos. Por lo que es necesario fomentar la integración asistencial con las respectivas CCAA y la necesidad de la creación de un grupo de indicadores de

---

<sup>86</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010. p.33-40. GRUPO DE TRABAJO CAPRI (P SAIZ DE LA HOYA, P VICIANA, J ANTÓN, JM ARROYO, R CALVO, JM CASTRO, C GUTIÉRREZ, G LÓPEZ, J NIETO, N TEIXIDO, LC VASALLO). "Informe CAPRI sobre la Calidad de la Asistencia Sanitaria en Centros Penitenciarios Españoles". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2003; vol 5: 38-48.

<sup>87</sup> Procesos: seguimiento inadecuado de los pacientes TBC+, VIH y SIDA, cumplimentación insuficiente de los registros clínicos, escaso compromiso de Enfermería en patologías prevalentes, escasez de consultas programadas y excesiva burocratización, características de la relación Médico-Paciente en el medio penitenciario, insuficiente cumplimentación de los protocolos existentes, demora excesiva de consulta, intervención y resultados hospitalarios, poca intervención en programas de educación y promoción de la salud, ausencia de trabajo en equipo y de unificación de criterios.

<sup>88</sup> Problemas que afectan a la Sanidad Penitenciaria: elevada carga asistencial, inadecuada gestión del trabajo y de su reparto, necesidad de redistribuir los tiempos de trabajo (asistencia y reparto de medicación frente a Consulta programada y EPS), imposición de programas sanitarios con criterios políticos, falta de recursos humanos: ausencia de profesionales especializados, baja motivación e infravaloración profesional, rol de enfermería equivocado y dependencia jerárquica de personal no sanitario, malos registros del trabajo de enfermería en las historias clínicas, realización de técnicas de enfermería por dinámica regimental, necesidad de mejora de las técnicas y abordajes en la consulta de enfermería y etc.

calidad específicos y para ello establecieron unos criterios para medir la calidad asistencial en el campo de la infección por el VIH, de la TBC, la hepatopatía por VHC. Finalmente establecieron una relación de líneas de mejora para poner en marcha por parte de los profesionales<sup>89</sup> y por parte de la administración<sup>90</sup>.

En 2010 se publica el informe sobre la **Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria en España**<sup>91</sup>, es una decisión de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria que quiere conocer la asistencia sanitaria penitenciaria y la calidad asistencial de las Unidades de Sanidad Penitenciaria en España y así proponer un plan de mejora, utilizando la Teoría de la Calidad Asistencial. El proceso generó varios documentos que han permitido elaborar planes estratégicos de calidad en la Coordinación de Sanidad y además aporta información sobre los modelos de calidad en Sanidad Penitenciaria del Reino Unido, Estados Unidos, el proyecto de Sanidad Penitenciaria de la OMS.

Para evaluar la estructura revisaron por un lado la situación organizativa de la Sanidad Penitenciaria en sus tres niveles de toma de decisiones (Ministerio, equipo directivo de la prisión y unidad de sanidad penitenciaria de la prisión); y por otro, los recursos humanos y medios materiales que cuentan tanto en la Coordinación General como en las unidades de sanidad penitenciaria.

La conclusión a la que llegaron es que la Sanidad Penitenciaria está estructurada en tres niveles de toma de decisiones: nivel central o Coordinación Sanidad Penitenciaria, nivel medio o Subdirectores/Jefes de Servicios Médicos, y nivel de unidad o microgestión, Unidades de Sanidad Penitenciaria de las prisiones. Cada nivel tiene capacidad de toma de decisiones para mejorar la calidad asistencial. Por ello las recomendaciones para mejorar se hacen en cada nivel aunque en la misma dirección. Proponen una mejora de

---

<sup>89</sup> Líneas de mejora de los profesionales: trabajo en equipo, reduciendo el ejercicio profesional aislado, y mejorar la colaboración con otros colectivos, disminuir variabilidad en la realización de su ejercicio profesional, realización y seguimiento de protocolos clínicos, formación adecuadamente sobre nuevas enfermedades, realizar el trabajo de una forma continuada, sin picos ni oscilaciones.

<sup>90</sup> Realizar una gestión adecuada de personal, minimizando los problemas actuales, dotar la sanidad penitenciaria de los medios y recursos necesarios para una labor asistencial adecuada. Facilitar formación e investigación, laguna importante en un colectivo que debe enfrentarse a nuevos problemas para los que no estaba originariamente preparado, facilitar la participación de los profesionales en la gestión y programación, así como coordinar la creación de protocolos que disminuyan la variabilidad entre servicios sanitarios de distintas prisiones, favorecer la coordinación entre las prisiones y los hospitales, disminuyendo la relación por compromiso personal y estableciendo canales y procesos de colaboración e interrelación.

<sup>91</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010.



calidad asistencial, monitorizarla con la elaboración de un informe que contará con tres partes (centros penitenciarios, Modelo Sistema Regional de Salud y Plan de Acción para la Transferencia) y así transferirla, para ello será necesario un diálogo con las CCAA<sup>92</sup>.

Dicho informe hace referencia al **proyecto de integración de la Sanidad Penitenciaria de Inglaterra y Gales en el National Health Service**<sup>93</sup>, que es un modelo a seguir por la Sanidad Penitenciaria Española. En este proceso se ha generado una importante cantidad de documentación, que da una visión detallada de la calidad asistencial en las prisiones de aquel país que puede ser extrapolable a toda la zona de la UE. Este el proyecto inglés cuyo objetivo era equiparar la sanidad con el resto de población, comenzó en 1998 con la constitución del grupo de trabajo Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group que elaboró un informe de la situación de la Sanidad Penitenciaria en Inglaterra y Gales, donde identificaron las necesidades de salud de la población penitenciaria<sup>94</sup>. Una vez introducidos los cambios en cada prisión (mediante el *Prison Health Delivery Plan*) y creado el marco relacional, se paso a realizar la transferencia al NHS en dos fases, el proceso de transferencias del HMPS al NHS finalizó en el 2009, haciendo de cada servicio sanitario penitenciario un equipo de atención primaria, dependiente de la Health Authority que le corresponda.

El informe de Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria describe otra alternativa de **Sanidad Penitenciaria en EEUU**, que al no existir un sistema público y universal de salud, los cuidados sanitarios en prisiones se prestan a través de empresas públicas o instituciones locales, que conciertan el servicio con cada prisión. Federal Bureau of Prisons (BOP) que depende del departamento de Justicia, es el organismo responsable de las prisiones de ámbito Federal (175 instalaciones) y su organización y sus directivas afectan a todo el territorio. Dicho organismo posee una división de Servicios Sanitarios y un cuerpo de profesionales sanitarios que provienen del cuerpo de funcionarios de Salud Pública. Los servicios asistenciales que ofrece el BOP son la atención primaria esencial,

---

<sup>92</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010. p.105-112.

<sup>93</sup> ASTIER PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010. p18-28.

<sup>94</sup> Para la identificación de necesidades utilizaron la herramienta desarrollada por Marshall et al.; instrumento que consta de un proceso de ocho fases y se obtienen un consenso en los principales problemas sanitarios de los presos.

salud mental, salud dental y tratamiento de las adicciones, para los cuales se han desarrollado unos estándares adaptados al medio penitenciario, para la coordinación de estas prestaciones existen un Director Médico en cada prisión y funcionarios de Salud Pública. Además, han establecido convenios de concertación para la asistencia especializada con un sistema de copago.



## 5. Los Servicios de Farmacia en Instituciones Penitenciarias

Las prisiones españolas cuentan con distintos Servicios de Farmacias que pueden ser, Servicios de Farmacia de Hospital (Hospital Psiquiátrico de Alicante y Hospital Psiquiátrico de Sevilla, ambos legalizados y con especialistas a su cargo), Servicio Farmacia Centro Penitenciario, Servicio de Farmacia Centro Hospitalario, Depósito de Medicamentos y todos estos a su vez pueden estar legalizados o no, dependiendo de las distintas *Leyes de Ordenación Farmacéutica* de las CCAA basadas en la derogada *Ley del Medicamento* (1990). Los Servicios de Farmacia cuentan todos con farmacéuticos, algunos de ellos son especialistas en Farmacia Hospitalaria sin embargo los Depósitos de Medicamentos, en algunos hay farmacéuticos y en otros no. Estos Depósitos disponen de los mismos medicamentos que los Servicios de Farmacia, aunque suelen estar en prisiones en las que el número de internos es menor.

### 5.1.Creación y Legalización de los Servicios de Farmacia Penitenciarios

El primer paso fue la legalización en 1991 de los Servicios de Farmacia de los Hospitales existentes en ese momento (Hospital General Penitenciario, cerrado en la actualidad, Hospital Psiquiátrico de Alicante y Hospital Psiquiátrico de Sevilla), estos se legalizaron como Servicios de Farmacia Hospitalaria pero las CCAA consideraban insuficiente la existencia de tres Servicios de Farmacia para supervisar todos los centros penitenciarios debido a la gran dispersión geográfica y el elevado número de centros. La Subdirección General de Sanidad Penitenciaria propuso la creación de “17 Servicios de Farmacia Penitenciarios”, (ya existían tres Servicios de Farmacia Hospitalaria legalizados), estos Servicios de Farmacia se ubicarían en un centro penitenciario de cada Comunidad Autónoma, elegido en función de criterios de facilidad de suministro, comunicación con otros centros penitenciarios, espacio, etc. En aquellas CCAA donde existía un elevado número de centros penitenciarios como (Andalucía, Madrid) y/o gran dispersión geográfica (Castilla-León), se crearían dos Servicios de Farmacia Penitenciarios, así de este modo se podría legalizar los Depósitos de Medicamentos y conseguir un control más efectivo<sup>95</sup>.

---

<sup>95</sup> DÍAZ-MAROTO S. “Situación actual de los Servicios de Farmacia Penitenciarios”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2000; vol 2: 92-98.

Durante el año 1994 mantuvo IIPP reuniones con los representantes de Ordenación Farmacéutica de las distintas CCAA para intentar buscar una solución y establecer una futura colaboración con el objeto de unificar criterios y requisitos para poder legalizar los distintos Depósitos de Medicamentos y/o Servicios Farmacéuticos. Estos debían ser un híbrido entre los Servicios de Farmacia de Atención Primaria y los Servicios de Farmacia Hospitalarios con algunas matizaciones y limitaciones que permitieran un buen funcionamiento. Hay que tener en cuenta que el consumo de medicamentos es distinto al de la población general, observándose desviaciones considerables del consumo en distintos grupos farmacológicos (tuberculostáticos, psicotropos, etc.) además el empleo de medicamentos de uso hospitalario como antirretrovirales, interferones, eritropoyetinas.

Por parte de la SGSP se propusieron algunas atribuciones específicas de los Servicios de Farmacia Hospitalaria, se definieron las funciones del farmacéutico en el citado Servicio de Farmacia, con algunas adaptaciones al medio. Esta propuesta fue aceptada inicialmente por las CCAA, y desde la SGSP se inició el proceso de contratación de farmacéuticos para los dichos Servicios.

La base legal en aquel momento era la derogada *Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento* y las *Leyes de Ordenación Farmacéutica* de las CCAA basadas en dicha *Ley* en la que solo hace referencia a los centros penitenciarios en la *Disposición Adicional Quinta*: “*Se podrá solicitar de la autoridad competente la creación de Depósitos de Medicamentos en los centros o establecimientos penitenciarios si las necesidades asistenciales lo requieren y se sujetarán a las condiciones y requisitos que se reglamentarán.*”

Los centros penitenciarios son mencionados, pero sin una reglamentación específica que desarrolle su funcionamiento ni la de los Depósitos de Medicamentos dependientes, y estos no se ajustan exactamente a lo descrito en las normativas legales relativas a Servicios de Farmacia de Atención Primaria y/o Especializada<sup>96</sup>.

La propuesta de creación de “*Servicios de Farmacia Penitenciarios*” en cada CCAA, fue aprobada y autorizada en algunas CCAA pero en otras no, por considerar los juristas que este establecimiento sanitario no figuraba como tal en ninguna Ley; de hecho en alguna

---

<sup>96</sup> *Memoria de Farmacia 1998 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. 1999; p.4. *Manual de procedimientos Servicios de Farmacia en Instituciones Penitenciarias 2001*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid, 2001; p.8.

CCAA donde se intentó legalizar el Servicio de Farmacia, tuvo que ser retirada la autorización por denuncia del Colegio Farmacéutico. Tan sólo las Comunidades Autónomas de Aragón, Baleares y La Rioja recogieron en sus *Leyes de Ordenación Farmacéutica*, en 1999, 1998 y 1998 respectivamente, sobre la regulación de los Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios, fijando la obligatoriedad de disponer de ellos en dichos centros y mencionando la posibilidad de poder establecer (en el caso de La Rioja lo cita como excepcional) Servicios de Farmacia cuando por el volumen, tipo de pacientes y tratamientos se determine reglamentariamente.

Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Castilla-La Mancha, Murcia, Madrid y Galicia describen en sus respectivas *Leyes de Ordenación Farmacéutica*, el mismo precepto legal recogido en la *Disposición Quinta Adicional de la Ley del Medicamento* (1990).

Los Servicios de Farmacia Penitenciarios estaban distribuidos en 1999 según la tabla 8.

Tabla 8. Distribución de los Servicios de Farmacia Penitenciarios en 1999.

COMUNIDAD	S. FARMACIA (n.º internos)	C. P. DEPENDIENTES
ANDALUCÍA	SEVILLA PSQ. (4.894)	SEVILLA PSQ, ALCALÁ GUADAIIRA, ALGECIRAS, HUELVA, JEREZ, PUERTO I, PUERTO II, SEVILLAI
	ALBOLOTE (5.651)	ALBOLOTE, ALMERÍA, CEUTA, CÓRDOBA, JAÉN, MÁLAGA
ARAGÓN	ZARAGOZA (1.137)	ZARAGOZA, DAROCA, HUESCA, TERUEL
ASTURIAS	VILLABONA (1.157)	VILLABONA
BALEARES	MALLORCA ( 885)	P. MALLORCA, IBIZA
CANARIAS	LAS PALMAS (2.804)	LAS PALMAS, ARRECIFE, LA PALMA, TENERIFE
CANTABRIA	EL DUESO ( 720)	EL DUESO, SANTANDER
CAST.-LEÓN	TOPAS (2.025)	TOPAS, ÁVILA, LEÓN, SEGOVIA VALLADOLID
	VALLADOLID ( 2.162 )	BURGOS, DUEÑAS, SORIA
CAST.-MANCHA	OCAÑA II (1.869)	OCAÑA II, ALBACETE, ALCÁZAR, CUENCA, HERRERA, OCAÑA HI
EXTREMADURA	BADAJOS (1.220)	BADAJOS, CÁCERES I, CÁCERES II
GALICIA	LUGO BONXE (2.364)	LUGO BONXE, LUGO MONTERROSO, ALAMA, TEIXEIRO
MADRID	MADRID IV (3.475)	MADRID IV, MADRID III, MADRID VI, CIS V.KENT
	MADRID V (2.566)	MADRID V, MADRID I MUJERES, MADRID II
MURCIA	MURCIA (763)	MURCIA, CARTAGENA
NAVARRA	PAMPLONA (194)	PAMPLONA
PAÍS VASCO	NANCLARES (1.098)	NANCLARES, BILBAO, SAN SEBASTIÁN
VALENCIA	ALICANTE PSQ.(1115)	ALICANTE PSQ, ALICANTE CUMPLIMIENTO
	VALENCIA H. (3.008)	VALENCIA CTOS, CASTELLÓN

Ante esta situación se intento plantear a las distintas CCAA otras alternativas que permitieran la legalización de Servicios de Farmacia. Los nuevos y posibles cauces sugeridos fueron:

a) Considerar al centro penitenciario como centro sanitario

Todos los centros penitenciarios estarían acreditados como centros sanitarios (Madrid III, ni estaba ni esta), hace referencia la *Ley General de Sanidad* (1986)<sup>97</sup>. La *Ley del Medicamento* (1990) que establecía “un módulo mínimo de 100 camas para poder establecer un Servicio de Farmacia en un Hospital. Todas las CCAA que desarrollaron sus *Leyes de Ordenación Farmacéutica* adoptaron el mismo número de camas, exceptuando Galicia que fija su módulo en cincuenta camas.

Sin embargo, las CCAA dejan la puerta abierta, (porque sus *Leyes de Ordenación* siguen vigentes) a la posibilidad de establecer, cuando las necesidades del sistema sanitario lo aconsejen por volumen, tipo de actividad y asistencia desarrollada, la existencia de un Servicio de Farmacia en centros hospitalarios con menos de 100 camas, en las condiciones que se determinarán reglamentariamente. Estos Servicios de Farmacia estarían bajo la responsabilidad de un especialista en Farmacia Hospitalaria.

Según lo definido en estas leyes, se puede considerar la posibilidad, siempre que fuera aceptada por las autoridades sanitarias de las respectivas CCAA, de crear un Servicio de Farmacia, basado en la existencia de enfermerías en los centros penitenciarios con menos de cien camas.

El Servicio de Farmacia del Centro Penitenciario de Las Palmas se legalizó en 1999 por esta vía. También en ese año se legalizó en Cataluña un Servicio de Farmacia en el Centro Penitenciario de Barcelona, desde este Servicio de Farmacia comenzaron a gestionar las adquisiciones de productos farmacéuticos para los Depósitos de Medicamentos de los centros penitenciarios de dicha Comunidad, (aunque las prisiones de Cataluña no pertenecen a Instituciones Penitenciarias).

---

<sup>97</sup> Ley General de Sanidad (1986), Art. 29. “Los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto de su estructura y régimen inicial puedan establecerse.

2. La previa autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento. Las bases generales sobre calificación, registro y autorización serán establecidas por Real Decreto.

3. Cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, las Administraciones Sanitarias competentes podrán establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.”



b) Considerar al centro penitenciario como centro sociosanitario

Otra posible estrategia que se planteo para legalizar Servicios de Farmacia era considerar los centros penitenciarios como centros sociosanitarios o socioasistenciales aunque la *Ley del Medicamento* (1990) no los mencionaba. La primera *Ley de Ordenación Farmacéutica* que menciona a estos centros es la *Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña* y posteriormente todas las CCAA los han incorporado en sus normativas. Ninguna de las normativas concreta las condiciones de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios, aunque se supone que se efectuará a través de Servicios de Farmacia o de Depósitos de Medicamentos en las condiciones que se determinen reglamentariamente en función de la capacidad, asistencia, tipo de pacientes y tratamientos practicados, tipo de atención médica y farmacológica que requiera la población asistida.

Las Comunidades Autónomas de Valencia y Extremadura dispusieron como obligatorio la instauración de un Servicio de Farmacia en centros sociosanitarios que dispongan de al menos cien camas. En Galicia se fijó como obligatorio el que disponga al menos de cincuenta camas en régimen de asistidos.

c) Derogar o modificar la *Disposición Adicional Quinta de la Ley del Medicamento*

La última alternativa era derogar o modificar la *Disposición Adicional Quinta de la Ley del Medicamento* (1990), que era la responsable de la situación.

En 2006 se publica la *Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento* (2006). Se tenían muchas ilusiones en esta ley, en la *Disposición Adicional Cuarta* aparece un nuevo texto más acorde con la realidad actual de la situación de los Depósitos de Medicamentos y su integración en el Sistema Sanitario.

*“Los centros penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un Depósito de Medicamentos para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los Servicios Farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano”.*

Aunque estos Servicios de Farmacia están ubicados en distintas CCAA y por tanto sujetos a las normativas legales de cada una de ellas, relativas a los requisitos para su legalización, apertura y funcionamiento, por depender los centros penitenciarios de la Administración Central (Ministerio del Interior), sería aconsejable conseguir armonizar

las exigencias de las distintas CCAA, mediante el desarrollo de una normativa básica común y específica para todos los Servicios de Farmacia y Depósitos de Medicamentos penitenciarios a través del Consejo Interterritorial.

La creación de los Servicios de Farmacia Penitenciarios y la posterior legalización de los Depósitos de Medicamentos dependientes de su área de influencia resolverían la problemática y el vacío legal actualmente existente y permitirían promover y desarrollar de un modo efectivo la política de utilización racional del medicamento que contribuiría a la reducción del gasto farmacéutico<sup>98</sup>. Lo sorprendente de esta situación es que la Administración y sus legisladores son los que establecen las leyes y a su vez incumplen las normas por tener Servicios de Farmacia o Depósitos sin legalizar.

## **5.2. Servicios de Farmacia Penitenciarios sin Legalizar. Análisis de las Leyes de Ordenación de las Comunidades Autónomas**

Para explicar los motivos que han impedido legalizar los distintos “*Servicios de Farmacia Penitenciarios*” es imprescindible efectuar una revisión detallada de las distintas *Leyes de Ordenación*.

### **Comunidad de Madrid**

En cuanto a la *Ley 19/1998, de 25 de noviembre de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid*., a la cual pertenece el centro en el que trabajo, hace referencia a los centros penitenciarios en el *Preámbulo*<sup>99</sup> y en el *Art. 50*, establece las necesidades de los Servicios de Farmacia en los Hospitales, en función de su tamaño. Un punto interesante es el *nº4*, por el cual se podría intentar legalizar los Depósitos en los centros penitenciarios de Madrid, ya que disponen de una enfermería con internos, que no supera las cien camas. Cabe destacar en éste *Art.* también los *puntos 6 y 8*<sup>100</sup>. La *Quinta Disposición Adicional* hace referencia de nuevo a los centros penitenciarios:

---

<sup>98</sup> *Manual de Procedimientos Servicios de Farmacia de Instituciones Penitenciarias 2003*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2003; p.6.

<sup>99</sup> “*Lo mismo cabe decir de los Depósitos en centros sin internamiento, hasta ahora existentes sin regulación alguna, y que por la presente Ley se obliga a su regulación vía reglamentaria, al igual que se hace con los Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios*”.

<sup>100</sup> “*Los Depósitos de Medicamentos estarán vinculados a una oficina de farmacia o a un Servicio de Farmacia de Hospital preferentemente de su zona farmacéutica o del mismo municipio, en su defecto. 8.La adquisición de medicamentos para estos Depósitos se efectuará obligatoriamente a través del Jefe del Servicio de Farmacia del hospital o por el Farmacéutico Titular de la oficina de farmacia a los que se*

*“Reglamentariamente se establecerán los requisitos y funciones de los Depósitos de Medicamentos en centros penitenciarios.”* Sin más acaba esta Disposición.

Madrid V se legalizó en 2002 y Madrid IV en 2009 como Servicios de Farmacia. Para poder legalizar un Servicio de Farmacia, se necesita previamente que el centro penitenciario esté acreditado como centro sanitario<sup>101</sup>. En la Comunidad Autónoma de Madrid, no se han podido legalizar los Servicios de Farmacia de los centros penitenciarios de Madrid II, Madrid III y Madrid VI, porque los farmacéuticos contratados en estos centros carecen de la especialidad en Farmacia Hospitalaria. En Madrid VII se contrató un especialista en mayo 2010 e iniciaron los trámites de legalización.

### **Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha**

Esta regulada por La *Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico*, en su *Art. 1* incluye la asistencia farmacéutica en los centros penitenciarios y en el *Art. 2* define los Depósitos de Medicamentos. Esta Comunidad cuenta con los Depósitos de Medicamentos legalizados en 2002 de Ocaña II, Herrera de la Mancha y Albacete, todos ellos dependen del Servicio de Farmacia de Valencia Hospital (actualmente inexistente), ya que la Ley de Ordenación Farmacéutica de esta Comunidad no contempla la existencia de Servicios de Farmacia en los centros penitenciarios. Según lo descrito en su reglamentación, solamente pueden existir Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios, dependientes de un hospital de referencia, está pendiente de reglamentarse y aclarar esta situación por parte de la Comunidad. Los Depósitos de Cuenca, Alcázar de San Juan y Ocaña I están sin legalizar, en estos no se han contratado farmacéuticos.

Desde el Depósito de Medicamentos de Ocaña II, remitieron toda la documentación para legalizar el Depósito de Medicamentos de Ocaña I<sup>102</sup> tras la publicación de la *Ley de 29/2006* de acuerdo a lo establecido en la *Disposición Adicional Cuarta*.

---

*encuentren vinculados, quienes serán responsables de la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos”.*

<sup>101</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010; p.4.

<sup>102</sup> *Memoria de Farmacia 2007 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2008; p.5.

En 2007 comenzaron las reuniones con el Servicio de Salud de esta Comunidad, para iniciar el proceso de dependencia de los Depósitos de Medicamentos, a los Hospitales del Sistema Nacional de Salud.

### **Comunidad Autónoma de la Rioja**

Con la *Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja*, y su modificación *Ley 7/2006, de 18 de octubre, en su Art. 1, en los puntos 3 y 4*, hace referencia a la autorización de los Depósitos de los centros penitenciarios<sup>103</sup>. El *Art. 14* comenta las modalidades de los Servicios de Farmacia, incluidos los Depósitos de Medicamentos de centros penitenciarios<sup>104</sup>. Esta Ley ha permitido que el centro penitenciario de la Rioja, tenga un Servicio de Farmacia legalizado desde 2001, con un farmacéutico a su cargo, sin especialidad.

### **Comunidad Autónoma de Aragón**

La *Ley 4/1999, de 25 de marzo de la Ordenación Farmacéutica de Aragón*, y su modificación *Ley 1/2010, de 1 de marzo, (en materia de nuevas aperturas de Farmacias)* en su *Art. 32*, define la atención farmacéutica en los centros penitenciarios que puede ser a través de Servicio de Farmacia o Depósito de Medicamentos. En *Art. 33* establece que al frente de los Servicios de Farmacia tendrá que estar un farmacéutico especialista, y el *Art. 35* explica que a cargo de los Depósitos deberá estar un farmacéutico.

La situación en Aragón es: un Servicio de Farmacia legalizado en Zuera, con un especialista al frente, Daroca está legalizado como Depósito de Medicamentos y en

---

<sup>103</sup> “Podrán autorizarse Depósitos de Medicamentos en los centros socioasistenciales y en los penitenciarios, con arreglo a la normativa general sobre prestación farmacéutica y a lo que reglamentariamente se determine”.

<sup>104</sup> “2. Constituirán modalidades de los Servicios Farmacéuticos: a) Servicios de Farmacia Hospitalaria. b) Depósitos de Medicamentos de hospital, centros socioasistenciales o penitenciarios. 3. Será obligatorio el establecimiento de un Servicio de Farmacia Hospitalaria: a) En todos los hospitales que dispongan de 100 o más camas. b) Excepcionalmente, en aquellos hospitales no incluidos en el apartado anterior, centros socioasistenciales o penitenciarios que determine la Dirección General de Salud y Consumo, en función de su tipología y volumen de actividad asistencial que implique una especial cualificación en el empleo de medicamentos. 4. Será obligatorio el establecimiento de un Depósito de Medicamentos en todos los hospitales de menos de 100 camas, y podrá autorizarse su instalación y funcionamiento en los centros socioasistenciales y en los penitenciarios. A los efectos de la presente Ley, se entienden los centros socioasistenciales como aquellos que atiendan a sectores de la población tales como ancianos, minusválidos y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria”.

Teruel la autorización fue denegada por la Consejería por no existir una persona responsable en el Depósito<sup>105</sup>.

### **Comunidad Autónoma de las Islas Baleares**

La *Ley 7/1998, de 12 de noviembre de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares*, dedica una sección a los Depósitos de Medicamentos de los centros sociosanitarios y penitenciarios. El *Art. 52* hace referencia a que se podrá autorizar la existencia de un Servicio Farmacéutico en los centros penitenciarios, que estará bajo la responsabilidad de un farmacéutico. Aquellos centros que no cuenten con un Servicio de Farmacia podrán autorizarse como Depósitos de Medicamentos, que dependerá de un Servicio de Farmacia. En Baleares, en el Centro Penitenciario de Palma de Mallorca, el Servicio de Farmacia está legalizado desde el año 2002<sup>106</sup> con farmacéutico a su cargo sin especialidad y un Depósito en Ibiza desde 2002<sup>107</sup>.

### **Comunidad Autónoma de Cantabria**

La *Ley 7/2001, de 19 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria* en el *Art. 37 punto 4*, comenta que será obligatorio el establecimiento de un Servicio de Farmacia en los centros penitenciarios, que por su volumen, usuarios y el *Art. 38* comenta que en los centros penitenciarios que no cuenten con Farmacia estarán obligados a disponer de Depósito de Medicamentos. La prisión de Dueso tiene Servicio de Farmacia legalizado desde 2006, el personal contratado carece de especialidad.

### **Comunidad Autónoma de Castilla-León**

La *Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica y su modificación Decreto 12/2011, de 17 de marzo, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2001*<sup>108</sup>, en el *Art. 51*, que considera los Depósitos de centros penitenciarios como Depósitos Hospitalarios, “*también podrá prestarse por un Servicio de Farmacia propio o*

---

<sup>105</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2006 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. 2007; p.7.

<sup>106</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2006 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. 2007; p.4-6.

<sup>107</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2005 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. 2006; p.5.

<sup>108</sup> *Decreto 12/2011, de 17 de marzo, (BOCYL de 23 de marzo) por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en materia de Oficinas de Farmacia*.

*vinculado a un Servicio de Farmacia hospitalaria.”* Ante la necesidad de especialistas para trabajar en estas prisiones y el personal contratado carecer de esta, todos los Servicios de Farmacia de dicha Comunidad se encuentran sin legalizar (Burgos, Mansilla de Mulas, Topas, Valladolid, Segovia, Soria, Ávila y Dueñas).

### **Comunidad Autónoma de Extremadura**

*Ley 6/2006 de 9 de noviembre de Farmacia en Extremadura*, en su Art. 61 hace referencia a la Atención Farmacéutica en los centros penitenciarios.

*“1. La atención farmacéutica en los centros penitenciarios se prestará a través de los Depósitos de Medicamentos.*

*2. Los Depósitos de Medicamentos de los centros penitenciarios estarán vinculados al Servicio de Farmacia del hospital o al Servicio de Farmacia de atención primaria del Área de Salud, en función del nivel asistencial que precisen los usuarios. En el primer caso, el Depósito estará bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista del Servicio de Farmacia hospitalario, y en el segundo bajo la responsabilidad de un farmacéutico del Servicio de Farmacia de atención primaria.*

*3. Las funciones de los Depósitos de Medicamentos de los centros penitenciarios serán las establecidas en el apartado primero del Art. 53 para los Depósitos de Medicamentos hospitalarios.”*

Durante el 2007 la farmacéutica de Badajoz, inició los trámites de legalización de los Depósitos de Medicamentos de Badajoz y Cáceres, adaptando el proceso de tramitación a lo dispuesto en la legislación vigente actual, (*Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento*, 2006), en el momento actual está legalizado como Depósito de Medicamentos el centro penitenciario de Badajoz<sup>109</sup>.

### **Comunidad Autónoma de Galicia**

La *Ley 5/1999*, de 21 de mayo de *Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma Gallega*, y sus modificaciones *Ley 4/2005 de 17 de marzo*<sup>110</sup> y *Ley 7/2006*, de 1 de

---

<sup>109</sup> *Memoria de Farmacia 2007 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2008; p.5. *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2008; p.5.

<sup>110</sup> (BOE 114 de 13 de mayo) de modificación de la *Ley 5/1999 de 21 de mayo de Ordenación Farmacéutica en la Comunidad Autónoma de Galicia*). (BOE núm. 144 de 17 de junio).

diciembre<sup>111</sup>, comienzan haciendo referencia a la regulación de la atención farmacéutica, incluidos los centros penitenciarios. Sin embargo no vuelve hacer referencia a ellos hasta la *Disposición Adicional Tercera*. “Reglamentariamente se establecerán los requisitos y las funciones de los Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios.”

Con lo cual en esta Comunidad la Consejería considera que para legalizar un Servicio de Farmacia es necesario poseer la especialidad de Farmacia Hospitalaria y personal contratado carece de ella. Solo se encuentra legalizado el Depósito de Medicamentos de Lugo Bonxe (2003), del que dependen Monterroso y Orense, sin embargo Teixeira esta sin legalizar, y de este depende Alama<sup>112</sup>.

### **Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

La *Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica y su modificación Ley 3/2010<sup>113</sup> en los Arts. 4 y 33*, hacen referencia a los Servicios de Farmacia y aquellos que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un Depósitos de Medicamentos como es el caso de los centros penitenciarios, que deberán estar vinculados a una Farmacia de la misma zona y estará atendido por un farmacéutico. Durante el año 2006, se presento la documentación necesaria para acreditar al Centro Penitenciario de Murcia como centro sanitario.

En la *Disposición Adicional Segunda de la Ley 3/2010* aparecen modificados los Arts.36.4C y 38, de tal modo que quedan redactados: “En aquellos centros psiquiátricos y sociosanitarios en donde por su volumen de usuarios, tipo de pacientes y tratamientos practicados, se determine reglamentariamente, pudiendo, en su caso y a los efectos de optimizar su gestión, coordinar sus actuaciones con otros establecimientos y servicios de atención farmacéutica de dispensación a los ciudadanos.” El apartado 1 del Art. 38 de dicha *Ley* “Los centros hospitalarios, psiquiátricos y sociosanitarios que no estén obligados a tener un Servicio de Farmacia dispondrán de un Depósito de Medicamentos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico.” Esto podría ser una vía para legalizar los Servicios de Farmacia debido a que en el momento actual el Depósito de la prisión de Murcia está sin legalizar y tiene un farmacéutico a su cargo.

---

<sup>111</sup> Ley 7/2006 de 1 de diciembre (BOE núm. 10 de 11 de enero) que modifica la Ley 5/1999 de 21 de mayo.

<sup>112</sup> Memoria Anual de Farmacia 2006 de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. 2007; p.7.

<sup>113</sup> Ley 3/2010, de 27 de diciembre, (BOE 301 de 31 de diciembre) de modificación de la regulación de algunos de los tributos propios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.



### **Comunidad Foral de Navarra**

En esta Comunidad, la *Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica y su modificación la Ley Foral 20/2008*<sup>114</sup> hace referencia en el Art. 3, a los Servicios de Farmacia o Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios que estarán bajo la supervisión de un farmacéutico. El Art. 34, considera a los centros penitenciarios como centros socio-sanitarios y los que tengan más de cien camas les será obligatorio establecer un Servicio de Farmacia. El Art. 38 establece que aquellos que tengan menos de cien plazas contarán con un Depósito de Medicamentos vinculado a un Servicio de Farmacia. El Centro Penitenciario de Pamplona está legalizado como Depósito de Medicamentos dependiente del Hospital Psiquiátrico de San Javier<sup>115</sup>, la farmacéutica contratada cuenta con especialidad.

### **Comunidad Autónoma del País Vasco**

*Ley 11/1994 de, 17 de junio, Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco* en su *Disposición Quinta Adicional “Reglamentariamente se regularán los Depósitos de Medicamentos en los centros penitenciarios”*. Con lo cual en dicha Comunidad el Depósito del centro penitenciario estaba sin legalizar hasta junio del 2011, que por el *Real Decreto 849/2011*, se produjo las transferencias de la Sanidad Penitenciaria a dicha Comunidad y con ella el Depósito de Medicamentos que ha pasado a depender de la Farmacia del hospital de referencia.

### **Comunidad Autónoma de Andalucía**

La *Ley de Farmacia de Andalucía, 12/2007, de 18 de diciembre, en su Art. 3*, considera establecimientos y servicios autorizados de dispensación y distribución de medicamentos a “*Los Servicios Farmacéuticos y Depósitos de Medicamentos de los centros penitenciarios y de otros centros sanitarios extrahospitalarios*”.

En esta Comunidad están legalizados, como Servicio de Farmacia Hospitalaria, la Farmacia del Hospital Psiquiátrico de Sevilla, y como Servicios de Farmacia, los centros penitenciarios: de Algeciras, (donde la farmacéutica carece de especialidad), Málaga y

---

<sup>114</sup> De 20 de noviembre (BOE núm 309 de 24 de diciembre), que modifica la Ley Foral de 12/2000 (BOE 143 de 27 de noviembre) de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, de la Comunidad Foral de Navarra.

<sup>115</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2007 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2008; p.4.



Albolote (en las que las farmacéuticas tiene especialidad). Como Depósitos de Medicamentos Alcalá de Guadaira y Sevilla. En cuanto a la legalización de los servicios de los nuevos Centros Penitenciarios de Puerto III y Sevilla II, se solicitaron los requisitos necesarios a la Consejería de Sanidad, según lo recogido en el Art.56 de dicha Ley<sup>116</sup>, pero en el momento actual no se ha recibido respuesta por parte de ésta<sup>117</sup>.

Las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en sus Reglamentos Reguladores de centros, servicios y establecimientos sanitarios, no hacen referencia a las Farmacias en prisiones, con lo cual el C.P. de Ceuta cuenta con un Depósito dependiente de la Farmacia del C.P. de Algeciras y Melilla cuenta con un Depósito dependiente de la Farmacia del C.P. de Málaga.

### **Comunidad Autónoma de Canarias**

La Ley 4/2005, de 13 de julio, Ordenación Farmacéutica de Canarias y su modificación Ley 3/2006 de 20 de marzo<sup>118</sup>. En su Art. 3 hace referencia explícita a los centros penitenciarios y el Art. 64 lo dedica a los centros penitenciarios que tendrán consideración de Depósito de Medicamentos de este modo están legalizados como Servicio de Farmacia de centro hospitalario, Las Palmas y Tenerife en ambos los farmacéuticos contratados carecen de especialidad. De Las Palmas depende Arrecife, que está legalizado como Depósito de Medicamentos.

### **Comunidad Autónoma de Valencia**

La Ley 6/1998, de 22 de junio Ordenación Farmacéutica y sus modificaciones Ley 7/2006 y Ley 5/2003<sup>119</sup>, en el Art. 1 cita dentro de la atención farmacéutica hospitalaria a los centros penitenciarios y a los Depósitos de Medicamentos, dependientes de estos.

---

<sup>116</sup> “Los establecimientos penitenciarios podrán solicitar de la consejería competente en materia de salud autorización para mantener un Depósito de Medicamentos para la asistencia a los internos bajo la supervisión de un farmacéutico del Servicio de Farmacia del hospital más cercano perteneciente al Sistema Público de Andalucía.”

<sup>117</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010; p.4.

<sup>118</sup> Ley 3/2006 de 20 de marzo (BOE núm. 117 de 17 de mayo) de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Canarias que modifica el Art. 33 de la Ley 4/2005, de 13 de julio (BOE 198 del 19 de agosto).

<sup>119</sup> Ley 7/2006, 9 de junio (BOE núm. 186 de 6 de agosto) que modifica la Ley 6/1998, de 22 de junio (BOE núm. 173 de 21 de julio) Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Valencia y Ley 5/2003 de 28 de febrero (BOE núm. 81 de 4 de abril) de modificación de Art. 18 de la Ley 6/1998 de 22 de junio de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Valencia (BOE 173 de 23 de julio).

El Art. 50 lo dedica a los centros penitenciarios, apoyándose en la *Ley del Medicamento 25/1990*, “los Depósitos de Medicamentos estarán bajo la supervisión de un farmacéutico de los Servicios de Farmacia de los hospitales penitenciarios. Se establecerán reglamentariamente las condiciones para su autorización.”

Esta Comunidad, cuenta con el Servicio de Farmacia Hospitalaria, del Hospital Psiquiátrico de Alicante, del que depende como Depósito de Medicamentos Alicante Cumplimiento y está pendiente de legalizar como Depósito de Medicamentos Alicante II, para ello es necesario que previamente se acredite el centro penitenciario como centro hospitalario, se iniciaron los tramites en 2006 y en el momento actual está pendiente la resolución por parte de la Consejería de Sanidad<sup>120</sup>.

Valencia está legalizada como Servicio de Farmacia del centro penitenciario, de esta depende Castellón. Respecto a la legalización del Servicio de Farmacia del nuevo Centro Penitenciario de Castellón II, se han iniciado los trámites de legalización<sup>121</sup>.

### **Comunidad Autónoma de Asturias**

*La Ley 1/2007 del 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica en la Comunidad de Asturias.* En el *Preámbulo* hace referencia a los centros penitenciarios.”Esta Ley regula los Servicios de Farmacia en centros hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios” en el Art. 54: “1.La atención farmacéutica en los centros penitenciarios ubicados en el Principado de Asturias se prestará a través de Servicios de Farmacia o Depósitos de Medicamentos debidamente autorizados por la Consejería competente en materia de salud, 2. Los Servicios Farmacéuticos que se presten en los centros penitenciarios deberán estar bajo la responsabilidad y supervisión de un farmacéutico.” El Art. 55 define las funciones del Servicio de Farmacia en los centros penitenciarios. La prisión de Villavona cuenta con un Servicio de Farmacia legalizado y con un farmacéutico contratado sin la especialidad.

---

<sup>120</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias.* Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010; p.8.

<sup>121</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias.* Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010; p.5.

## Comunidad Autónoma de Cataluña

La asunción de competencias en materia penitenciaria por la Generalidad de Cataluña fue llevada a cabo por el *Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre de 1983*. La asistencia sanitaria de las personas privadas de libertad y de los menores y jóvenes internos se lleva a cabo con sujeción a la *Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990)*. Los Servicios Sanitarios Penitenciarios y de Justicia Juvenil están adscritos a la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil del Departamento de Justicia y están pendientes de las transferencias, basados en el *Real Decreto 399/2006 de 24 de octubre*, por el que se integraría, en la estructura organizativa del Instituto Catalán de la Salud. En noviembre de 2010 con arreglo al *Real Decreto 113/2010*, el personal sanitario de dicho Departamento pudo solicitar la integración como personal estatutario del Instituto Catalán de Salud.

*La Ley 31/1991, 13 diciembre de Ordenación Farmacéutica de Cataluña y su modificación Ley 21/2001<sup>122</sup> en el Art. 12 hace referencia a los centros hospitalarios, sociosanitarios y psiquiátricos. “La atención farmacéutica en los centros hospitalarios, sociosanitarios y psiquiátricos:*

*1. La atención farmacéutica en los centros hospitalarios, sociosanitarios y psiquiátricos se llevará a cabo a través de los Servicios de Farmacia y los Depósitos de Medicamentos. En el ámbito de estos, los farmacéuticos desarrollarán las funciones que les encomienda la presente Ley, prestando un servicio integrado en las otras actividades de la atención hospitalaria, sociosanitaria o psiquiátrica...*

*2. En los centros hospitalarios que tengan 100 o más de 100 camas, y en los centros sociosanitarios y psiquiátricos que se determinen reglamentariamente, la atención farmacéutica se llevará a cabo mediante el Servicio de Farmacia. Se determinarán por decreto del Gobierno de la Generalidad los centros sociosanitarios y psiquiátricos que, contando en todo caso con más de 100 camas, estén obligados a disponer de Servicio de Farmacia”.*

Con esta Ley se pudo en 1999, legalizar en Cataluña un Servicio de Farmacia en el Centro Penitenciario de Barcelona, desde este se gestionan las adquisiciones de productos

---

<sup>122</sup> Su modificación *Ley 21/2001, de 28 de diciembre, (BOE núm. 22 de 25 de enero) de Medidas Fiscales y Administrativas., ver Art.62 que modifica el Art. 6 de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*

farmacéuticos para los Depósitos de Medicamentos de los centros penitenciarios de Cataluña.

### 5.3.Distribución Actual de los Servicios de Farmacia y Depósitos Dependientes

La tabla 9 muestra la distribución actual de los Servicios de Farmacia y de los Depósitos de Medicamentos dependientes de estos en las distintas CCAA y la tabla 10 indica la situación legal de los Servicios de Farmacia<sup>123</sup>:

Podemos apreciar diferentes situaciones en cada Comunidad dependiendo de la legislación de cada una de ellas, algo que no tiene sentido en un principio dado que *las leyes de Ordenación Farmacéutica* están basadas en la *Ley del Medicamento* (1990).

En cuanto al mobiliario y utillaje necesario para la legalización de los Servicios de Farmacia, la Subdirección General consideró unos mínimos que se mencionan en el Manual de Procedimientos de los Servicios de Farmacia<sup>124</sup>, en Madrid III se dispone de todo salvo de laboratorio. En el Art. 52 de la *Ley de Ordenación Farmacéutica y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid* (1998), hace referencia a las características que debe reunir un Depósito de Medicamentos<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010; p.3-4.

<sup>124</sup> *Manual de procedimientos Servicios de Farmacia 2003 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid, 2003; p.10-12.

<sup>125</sup> “1. Los Depósitos de Medicamentos de Hospital deberán garantizar la correcta conservación, control y dispensación de todos los medicamentos y productos sanitarios que se utilicen en el hospital y establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de los mismos.

2. La superficie de los Depósitos de Medicamentos será como mínimo de 30 m<sup>2</sup>. En cualquier caso esta superficie deberá ser la adecuada para el desarrollo de sus funciones y deberá estar distribuida al menos en las siguientes zonas: a) Almacenes generales y especiales (estupefacientes, termolábiles, inflamables...). b) Dispensación. c) Administrativa o de gestión. Las distintas zonas deberán estar comunicadas entre sí, salvo la zona de almacén que, excepcionalmente, podrá estar separada”.

Tabla 9. Distribución de los Servicios de Farmacia y centros penitenciarios dependientes.

COMUNIDAD	S. FARMACIA (nº internos)	CP DEPENDIENTES
ANDALUCÍA	SEVILLA PSQ. (3.449)	SEVILLA PSQ., ALCALÁ GUADAIRA, HUELVA, SEVILLA
	ALBOLOTE (3.700)	ALBOLOTE, ALMERÍA, JAÉN
	ALGECIRAS (2.018)	ALGECIRAS, CEUTA
	MÁLAGA (4.032)	MÁLAGA, CÓRDOBA, MELILLA
	PUERTO III (2.076)	PUERTO III, PUERTO II, PUERTO HI
	SEVILLA II (1.270)	SEVILLA II
ARAGÓN	ZUERA (2.591)	ZUERA, DAROCA, TERUEL
ASTURIAS	VILLABONA (1.594)	VILLABONA
BALEARES	PALMA DE MALLORCA (1.885)	PALMA DE MALLORCA, IBIZA
CANARIAS	LAS PALMAS (1.672)	LAS PALMAS, ARRECIFE
	TENERIFE (1.683)	TENERIFE, STA. CRUZ DE LA PALMA
CANTABRIA	EL DUESO (778)	EL DUESO, SANTANDER
CASTILLA .LA MANCHA	ALBACETE (479)	ALBACETE, CUENCA
	HERRERA (655)	HERRERA, ALCÁZAR DE SAN JUAN
	OCAÑA II (1.159)	OCAÑA II, OCAÑA HI
CASTILLA.-LEÓN	BURGOS (1.341)	BURGOS, SEGOVIA, SORIA
	MANSILLA DE MULAS (1.773)	MANSILLA DE MULAS
	TOPAS (1.970)	TOPAS, ÁVILA
	VALLADOLID (2.169)	VALLADOLID, DUEÑAS
EXTREMADURA	BADAJOS (1.438)	BADAJOS, CÁCERES
GALICIA	LUGO BONXE (1.414)	LUGO BONXE, LUGO MONTERROSO, ORENSE
	TEIXEIRO (3.682)	TEIXEIRO, ALAMA
MADRID	MADRID II (1.623)	MADRID II, MADRID I MUJERES
	MADRID III (1.338)	MADRID III
	MADRID IV (1.343)	MADRID IV
	MADRID V (2.553)	MADRID V, CIS. VICTORIA KENT
	MADRID VI (1.713)	MADRID VI
	MADRID VII (1439)	MADRID VII
MURCIA	MURCIA (970)	MURCIA
NAVARRA	PAMPLONA (275)	PAMPLONA
PAÍS VASCO	NANCLARES (1.493)	NANCLARES, BILBAO, SAN SEBASTIÁN
LA RIOJA	LOGROÑO (412)	LOGROÑO
VALENCIA	ALICANTE PSQ. (2.829)	ALICANTE PSQ., ALICANTE CUMPL., ALICANTE II
	VALENCIA CTOS. (2.952)	VALENCIA CTOS.,
	CASTELLÓN II (2.102)	CASTELLÓN II, CASTELLÓN

Tabla 10. Servicios de Farmacia legalizados y pendientes de legalizar en 2009

<b>SERVICIOS DE FARMACIA LEGALIZADOS</b>	<b>SERVICIOS DE FARMACIA PENDIENTES LEGALIZAR</b>
<b>Servicio Farmacia Centro Penitenciario</b>	<b>Servicio Farmacia Centro Penitenciario</b>
El Dueso	Burgos (necesidad especialista)
Logroño	Topas (necesidad especialista)
Palma de Mallorca	Valladolid (necesidad especialista)
Zuera	Mansilla (necesidad especialista)
<b>Servicio Farmacia Centro Hospitalario</b>	<b>Servicio Farmacia Centro Hospitalario</b>
Albolote	Madrid II (necesidad especialista)
Algeciras	Madrid III (necesidad especialista)
Málaga	Madrid VI (necesidad especialista)
Las Palmas	Madrid VII (se contrato a un especialista en mayo de 2010 y está en tramites de legalización)
Madrid V	Murcia (pendiente tramitación C.hospitalario)
Madrid IV	<b>Pendiente reglamentación</b>
Tenerife	Nanclares (2011 fue transferido al Sistema de Salud Vasco)
Villabona	Lugo Bonxe (necesidad especialista?)
<b>Servicio Farmacia Hospital</b>	Teixeiro (necesidad especialista?)
Alicante psiquiátrico	<b>Otros motivos</b>
Sevilla psiquiátrico	Pamplona (construcción nuevo Centro Penitenciario)
Valencia hospital	Inexistente

#### 5.4. Funciones desempeñadas en los Servicios de Farmacia penitenciarios por el Farmacéutico

Dentro de las funciones básicas podemos distinguir:

La verificación del cumplimiento de la Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias, aplicación y desarrollo del Programa de Intercambio Terapéutico, este es de obligado cumplimiento, en aquellos centros que carezcan de farmacéutico o se halle ausente, el director encargará todos estos cometidos al Subdirector o Jefe de los Servicios Médicos<sup>126</sup>.

La adquisición de medicamentos es otra labor que viene regulada en la *Instrucción 13/2011 de Prescripción, Adquisición, Dispensación y Sustitución de productos Farmacéuticos y en el Real Decreto 9/2011*<sup>127</sup> se realiza basándose en las recomendaciones de la Comisión Central de Farmacia, la Guía Farmacoterapéutica, y las directrices de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad. Además se encargan de la gestión del material de curas, el Servicio de Asistencia Farmacéutica elaboró una relación de material de curas, que debe facturarse en el capítulo de material de curas incluido en los presupuestos del centro (*Anexo 3: Relación de artículos incluidos dentro del capítulo de material de cura.*, página 189). La compra de medicamentos en las prisiones se realiza de dos modos, centralizada y directa desde el centro. La característica principal de los medicamentos centralizados es su elevado precio y/o uso hospitalario, estos se solicitan a través del programa informático de control de stock (SIFA) a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, así se consigue un control más riguroso, en este grupo están incluidos Antirretrovirales<sup>128</sup>, algunas vacunas, Neurolépticos atípicos (Olanzapina, Risperidona, Quetapína), Ribavirina y Interferón pegilado, dicha relación se amplía cuando se comercializan nuevos tratamientos para estas patologías. Los medicamentos son

---

<sup>126</sup> *Instrucción 13/2011 Prescripción Adquisición, Dispensación y Sustitución de productos farmacéuticos. Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011 y Manual de procedimientos de Servicios de Farmacia.*

<sup>127</sup> *Del 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales de estado para el 2011 que modifica algunos Arts. Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento.*

<sup>128</sup> Emtricitabina (Emtriva), Lamivudina, Didanosina (Videx), Estavudina (Zerit), Abacavir (Ziagen), Zidovudina, Tenofovir (Viread), Zidovudina/Lamivudina (Combivir), Abacavir/Lamivudina (Kivexa), Emtricitabina/Tenofovir (Truvada), Zidovudina/Lamivudina/Abacavir (Trizivir), Efavirenz (Sustiva), Nevirapina (Viramune), (Aptivus), Indinavir (Crixivan), Saquinavir (Invirase), Ritonavir (Norvir), (Prezista), Atazanavir (Reyataz), Fosamprenavir (Telzir).

suministrados directamente a los centros por los distintos proveedores. El resto de medicamentos se adquieren y gestionan a través de SIFA desde el centro directamente a: laboratorios, proveedores, almacenes de distribución, Farmacia Militar y oficinas de farmacia. El objetivo fijado por la Subdirección es adquirir todos los medicamentos a los laboratorios y la Farmacia Militar, esta compra presenta algunas ventajas como mejores precios, la posibilidad de adquirir envases clínicos y productos de uso hospitalario que no suministran los distribuidores. En caso de desabastecimiento o necesidad de medicamentos con carácter de urgencia, se piden a los distribuidores y en última instancia a la oficina de farmacia más cercana<sup>129</sup>.

Existen muchos fármacos de consumo habitual, para los cuales se fija un stock y se compran grandes cantidades, de este modo se puede negociar un buen precio. Se establecieron unos criterios que debían tenerse en cuenta para seleccionar una marca comercial u otra y también otros de valoración técnica para la selección de fármacos del mismo principio activo, estos están recogidos en el Manual de Procedimientos de los Servicios de Farmacia de Instituciones Penitenciarias<sup>130</sup>.

En cuanto al control de las caducidades se hace con la ayuda del sistema informático, devolviendo los medicamentos caducados a través de los distribuidores, Alliance Healthcare o Centro Farmacéutico Nacional, y pasados unos meses reembolsan el dinero. Los envases empezados se envían al punto Sigre.

Para los medicamentos no registrados en nuestro país se efectúan los mismos trámites que un Servicio de Farmacia Hospitalaria, hay que contactar con los Servicios de Ordenación Farmacéutica de cada Comunidad Autónoma.

La Farmacia Militar ha sido y es un distribuidor habitual de los centros penitenciarios, a lo largo de la historia, fue a través de la “*Real Orden de 24 de mayo de 1886*” firmada por el Ministro de Gobernación Joaquín Jovellar<sup>131</sup>, por eso merece especial mención.

*“Excmo. Sr.: he dado cuenta a la Reina (a.D.g) Regente del Reino, de las bases presentadas por los delegados de Gobernación y Guerra, para establecer el suministro de medicamentos*

---

<sup>129</sup> Oficio 24 de junio de 2010. Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2010.

<sup>130</sup> *Manual de procedimientos Servicios de Farmacia 2003 de Instituciones Penitenciarias*. p.8-10.

<sup>131</sup> Colección Legislativa del Ejército. *Real Orden 24 Mayo de 1886..* Núm. 218. 294-295.



*a los establecimientos penales por las farmacias militares a que se refiere la Real Orden de ese Ministerio de 7 del actual. En su vista y teniendo S.M. en cuenta que dicho suministro ha de proporcionar notables economías al Tesoro público, sin que por ello se lesione en lo más mínimo el servicio farmacéutico del Ejército, se ha servido aprobar las adjuntas y ya mencionadas bases, y que con arreglo a ellas las farmacias militares despachen desde 1º de junio próximo, a los presidios que se les señalen, los medicamentos que soliciten para sus enfermerías, cuyo fin la Dirección de Penales deberá manifestar a la de Sanidad Militar con la debida anticipación las localidades en que ha de plantearse este servicio acerca de cuyas incidencias podrán entenderse directamente ambas Direcciones.*

*De Real Orden lo digo a V.E. para su conocimiento y efectos consiguientes.-Dios guarde a V.E. muchos años.*

*Madrid 24 de Mayo de 1886- Joaquin Jovellar.- SR. Ministro de Gobernación”<sup>132</sup>.*

---

<sup>132</sup> Sigue “Bases presentadas por los delegados de los Ministerios de gobernación y Guerra, para las farmacias militares efectúen el suministro de medicamentos a las enfermerías de los establecimientos de penales y aprobadas por real orden de esta fecha.

1. Las Farmacias militares se encargarán desde luego del despacho de los medicamentos que necesiten las enfermerías de los presidios, prisiones, etc., dependientes de la Dirección de penales en las que en la actualidad no esté contratado el servicio.

3. Los medicamentos que se despachen serán tasados, y abonados su importe con arreglo a la adjunta tarifa para cuerpos y dependencias militares, con las modificaciones en más o menos, que a causa de las variaciones de precio en el mercado de las primeras materias, haga la Dirección General de Sanidad Militar para sus dependencias.

4. Las Farmacias militares no están obligadas a despachar más medicamentos que los incluidos en el completo petitorio o catálogo del Laboratorio Central de Sanidad Militar, y en su consecuencia, los médicos de las enfermerías se sujetarán a él en sus prescripciones, que redactarán expresando los componentes de cada fórmula, y no con el nombre propio de los autores.

5. No facilitando la Farmacia las vasijas, botes y demás envases que hayan de contenerse los medicamentos, suministrará aquellos el presidio correspondiente, entregándolos perfectamente limpios a la farmacia el encargado de recoger las medicinas.

6. Las sanguijuelas, vendajes y aparatos de curación, los adquirirá cada presidio.

7. No podrá pedirse a la Farmacia, ni esta despachar medicamentos alguno por medio de vales ni recetas sueltas, sino que necesariamente ha de estar incluido en la libreta del médico de la enfermería. Estos recetarios se llevarán duplicados y por días alternos, cerrándose por fin de cada mes: uno de los ejemplares se entregará a la farmacia como comprobante de cuenta, y el otro quedará en el penal para análogo fin.

8. El encargado de recoger los medicamentos se presentará con la libreta y vasijas en la farmacia a la hora fijada de común acuerdo, y teniendo en cuenta el régimen interior del penal y el Servicio de la Farmacia, el jefe del presidio y el farmacéutico encargado, pasando a recogerlos a la hora que este último indique. Para no perturbar el orden y servicios preferentes de la Farmacia, los jefes de los penales pondrán especial cuidado en que la visita médica a la enfermería se pasee con la debida anticipación y de que los medicamentos sean recogidos a la hora señalizada.

9. Llevándose, como se previene, antes las libretas por días pares e impares, el encargado de recoger los medicamentos, al presentarse en la Farmacia entregará la libreta correspondiente al día, retirando la del día anterior; esto es, cada libreta quedará 24 horas en la Farmacia para que pueda servir de dato a la documentación y estamparse en cada hoja, y al pie de las prescripciones del día el sello de la Oficina de Farmacia.

10. Instrucciones de las direcciones respectivas determinarán la forma en que hayan de redactarse los documentos que pongan de manifiesto el suministro de medicamentos.

Gracias a esta *Real Orden* la Farmacia Miliar continúa suministrando medicamentos a los centros penitenciarios de España hasta nuestros días. Sin embargo en el año 1999, en Cataluña, se modifica la legislación en materia de farmacia relacionada con las prisiones y además se legaliza un Servicio de Farmacia Hospitalaria en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona, por el cual asume, el tema adquisición de medicamentos, así finaliza la relación entre la Farmacia Miliar de Barcelona (Depósito ASAN) y las prisiones catalanas. El resto de prisiones de España siguen siendo suministradas por las Farmacias Militares de cada zona de España. Estos fármacos son de fabricación propia, gozan de muy buena aceptación, son de bajo coste, se solicitan a la Farmacia Militar en pedidos bimensuales. Entre los inconvenientes que presenta, son que exigen el pago al contado, que no siempre envían todo lo que se solicita y que hay que ir a recogerlos al depósito.

La prescripción, indicación y dispensación de medicamentos están recogidas en *el Real Decreto 9/2011 que modifica entre otros el Art. 85 de la Ley 29/2006 y en la Instrucción 13/2011*, se dispensa el principio activo de menor precio (*Anexo 4: Relación de especialidades farmacéuticas genéricas disponibles en el Centro Penitenciario Madrid III*, página 191). Las sustituciones se realizan con arreglo al *Art. 86 de la Ley 29/2006*, salvo aquellos medicamentos que no son sustituibles, recogidos en la *Orden SCO/2874/2007*<sup>133</sup> en esta se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posibilidad de sustitución.

---

11 Cada farmacéutico remitirá mensualmente por conducto reglamentario, al inspector del Laboratorio Central, relación valorada de los medicamentos despachados para los penales de la localidad, quien en vista de estas relaciones pasará aviso de su importe a la Dirección de penales, que considerará el pago como preferente, ordenando se verifique desde luego su pago en al caja del Laboratorio Central.

12. Cesará este convenio siempre convenga a cualquiera de los dos Ministerios que lo hacen.

13. Para informar acerca de las dudas que puedan ocurrir, quejas que se produzcan y examen de cuentas, a fin de evitar o corregir abusos si los hubiera, se constituirá una junta compuesta de un jefe farmacéutico y el jefe del negociado de contratas de la Dirección General de Establecimientos Penales.- Madrid 24 de Mayo de 1886.-Aprobado.- Jovellar”.

<sup>133</sup> Medicamentos biológicos y sujetos a especial control médico y su modificación la Resolución de 12 de noviembre de 2008, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se actualiza el anexo I de la *Orden SCO/2874/2007* “Medicamentos no sustituibles.1. De acuerdo con lo dispuesto en el *Art. 86 de la Ley 25/2006* no podrán sustituirse en el acto de dispensación sin la autorización expresa del médico prescriptor los siguientes medicamentos: Los medicamentos biológicos (insulinas, hemoderivados, vacunas, medicamentos biotecnológicos). Los medicamentos que contengan alguno de los principios activos considerados de estrecho margen terapéutico incluidos en el anexo I, excepto cuando se administren por vía intravenosa. Los medicamentos que contengan principios activos sujetos a especial control médico o aquellos que requieran medidas específicas de seguimiento por motivos de seguridad y que se relacionan en el anexo II. Los medicamentos para el aparato respiratorio administrados por vía inhalatoria. Anexo I. Principios activos de estrecho margen terapéutico: Acenocumarol. Carbamazepina.

Dicho farmacéutico de prisiones asume la responsabilidad de la calidad, custodia y correcta conservación de los medicamentos y de la preparación de fórmulas magistrales y preparados oficinales así como la colaboración en "Programa de sustitutivos de opiáceos".

Además vela por el cumplimiento de la legislación relativa a psicótrópos, estupefacientes y medicamentos sometidos a control especial, adoptando medidas necesarias para garantizar la custodia y seguridad de dichos medicamentos.

Aquellos que tengan Depósitos de Medicamentos a su cargo deben efectuar revisiones periódicas de estos, comprobando si se cumplen las normas básicas de conservación de medicamentos elaboradas por la Subdirección.

Desde la Farmacia se informa al personal sanitario bien de forma activa o pasiva de todos los aspectos relacionados con el medicamento.

Deben colaborar con las estructuras de Atención Primaria y Especializada y realizar cuantas actividades y funciones establezca la SGIP, para conseguir una mejor utilización del medicamento.

Como se ha comentado, los Servicios de Farmacia Penitenciarios son un híbrido entre los Servicios de Farmacia Hospitalarios y las Oficinas de Farmacia, las funciones de ambos vienen recogidas en *Ley 19/1998 de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid* en el Art. 51 hace referencia a los Servicios de Farmacia de Hospital y en el Art. 9, están descritas las funciones de las Oficinas de Farmacia. Los Arts. 10, 11 y 12 establecen *la adquisición, custodia, conservación y dispensación de medicamentos*.

En cuanto a las características mobiliarias e inmobiliarias de los Servicios de Farmacia Penitenciaria, la normativa legal viene recogida en el Manual de Procedimientos de los Servicios de Farmacia<sup>134</sup>, estos se adaptan a las directrices que establecen los Servicios de Ordenación Farmacéutica de cada Comunidad Autónoma, puesto que actualmente en muy pocas Comunidades existe reglamentación específica que contemple los Servicios de Farmacia Penitenciarios. Los requisitos básicos generales exigibles a los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios son: localización adecuada y de fácil acceso desde el

---

Ciclosporina. Digoxina. Metildigoxina. Fenitoina. Litio. Teofilina. Warfarina. Levotiroxina, Tracolumus. Anexo II. Principios activos de especial control médico o medidas especiales de seguridad. *Derivados de vitamina A (isotretinoína, acitretina) de administración sistémica, Ácido acetohidroxámico, Talidomida, Clozapina, Pergolida, Cabergolina, Vigabatrina, Sertindol*".

<sup>134</sup> *Manual de procedimientos Servicios de Farmacia 2003 en Instituciones Penitenciarias*. p.8-10.

exterior, espacio suficiente para el correcto desempeño de las funciones asignadas. Deben quedar bien diferenciadas las distintas áreas que lo integren, dotación de equipamiento, mobiliario, utillaje y material necesario para la realización de las funciones.

### **5.5.Prestación Farmacéutica en Instituciones Penitenciarias**

La prestación farmacéutica está regulada por lo dispuesto en la *Ley 29/2006, de 26 julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios y sus modificaciones*, *Real Decreto 190/1996 Reglamento Penitenciario Art. 209*,<sup>135</sup> *Instrucción 13/2011 Prescripción, Adquisición, Dispensación y Sustitución de Productos Farmacéuticos*<sup>136</sup> e *Instrucción 16/07 de Adquisición, Dispensación y Custodia de Productos Farmacéuticos*. Dicha prestación se proporciona de acuerdo con los criterios establecidos en la Guía Farmacoterapéutica de IIPP.

La Administración penitenciaria asume en su totalidad la prestación farmacéutica, de los medicamentos que hayan sido prescritos por un médico de Instituciones Penitenciarias o por un especialista al que el interno haya sido derivado por este, siempre de acuerdo y con las especificaciones que establece la Comisión Central de Farmacia Penitenciaria<sup>137</sup>. Es decir, los internos no hacen ninguna aportación por la medicación que reciben. Esto supone que el gasto farmacéutico en IIPP sea un capítulo de gran importancia desde un punto de vista económico, la introducción de tratamientos innovadores para VIH, hepatitis, nuevos neurolépticos que tienen precios altísimos acaban disparando la factura. Para ello se lleva desarrollando una política de utilización racional de los productos farmacéuticos desde hace tiempo<sup>138</sup>. Entre las medidas tomadas, la publicación de una Guía Farmacoterapéutica para uso de los médicos prescriptores, que data de 1991 en su primera formulación y que se ha ido actualizando periódicamente.

---

<sup>135</sup> *Real Decreto 190/1996 RP Art. 209. Modelo de atención sanitaria. “La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España”.*

<sup>136</sup> *Instrucción 13/2011 de IIPP.*

<sup>137</sup> *Instrucción 1/2011. Comisión Central de Farmacia de Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior 2010.*

<sup>138</sup> Desde 1991 la SGSP comenzó a desarrollar actividades tendentes a organizar, supervisar y controlar la gestión de los DM existentes en los centros penitenciarios, con medidas como: adquisición de medicamentos de uso hospitalario, adquisición de medicamentos en la presentación de envase clínico y etc.

En mayo de 2010 se creó, la Comisión Central de Farmacia, para reforzar el uso racional de los medicamentos, con el fin de lograr el máximo ahorro sin comprometer el derecho a la salud de los internos, esta actúa como órgano colegiado asesor de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria y entre sus funciones figura asesorar a esta última en los aspectos que afectan a la utilización de medicamentos y actualización periódica de la Guía Farmacoterapéutica de IIPP.

### **5.6. Comisión Central de Farmacia, Guía Farmacoterapéutica e Intercambio Terapéutico**

La **Comisión Central de Farmacia** viene regulada en la *Instrucción II/2011 de la SGIP “Comisión Central de Farmacia. Uso Racional del Medicamento. Guía Farmacoterapéutica”* en esta se definen sus cometidos que son: informar y asesorar a la Coordinación de Sanidad en los temas de utilización de medicamentos, realizar revisiones periódicas de la Guía y valorar las propuestas de inclusión o exclusión de medicamentos.

Está constituida por un presidente, un secretario, y ocho vocales, (todos ellos facultativos de la Institución) que han sido designados por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y establecen un régimen de sesiones y normas de funcionamiento, (dicha Comisión anula las anteriores).

La Comisión tiene establecidos unos criterios de inclusión de medicamentos en dicha guía que son: incluir al menos un medicamento por grupo terapéutico de forma que se pueda cubrir inicialmente cualquier patología y dentro del mismo grupo terapéutico seleccionar los medicamentos con principios activos con distinto mecanismo de acción, que presenten mejor relación coste/eficacia y de los que se disponga de suficiente experiencia clínica avalada.

Los criterios de exclusión de medicamentos son, medicamentos que se hayan dejado de utilizar: principios activos de eficacia dudosa o de los que no posean datos suficientes, principios activos que aún siendo de utilidad, sean superados en coste/ eficacia por otros ya incluidos, asociaciones de principios activos a dosis fijas, excepto casos excepcionales de eficacia clínica reconocida, principios activos de utilización por especialistas y de empleo no justificado de un centro penitenciario.

La primera **Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias** se editó en 1991 y en septiembre de 2011 se ha publicado la quinta edición. En estos años se ha publicado nuevas ediciones con el fin de actualizarla. El mecanismo ha sido siempre el mismo se

informa a los facultativos de elaboración de una nueva edición y se ofrece la posibilidad de aportar información para la inclusión/exclusión de medicamentos. Una vez recogidas las solicitudes de inclusión, sugerencias e información, la Comisión procede a la revisión. Dicha guía es una de las medidas tomadas para uso racional de los medicamentos y es de referencia obligada para la prescripción de medicamentos<sup>139</sup>. La elaboración de guías farmacoterapéuticas está amparada en la *Ley 29/2006 en sus Arts. 75.4, 81d, 82.2c, 82.2h, 82.3* para el uso de los profesionales sanitarios.

En cuanto a la estructura de la quinta edición de la Guía Farmacoterapéutica de IIPP es similar a las ediciones anteriores. Está dividida en tres secciones:

- La primera parte describe las funciones de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica, criterios de selección de medicamentos, solicitud de inclusión/exclusión de medicamentos, Programa de Intercambio Terapéutico (definición, equivalencias, fundamentos, protocolo de actuación y etc.), modelo de prescripción de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica, abreviaturas y símbolos habitualmente utilizados y el índice de grupos terapéuticos.
- La segunda parte, contiene la descripción detallada de los distintos principios activos incluidos, según la Clasificación Oficial Española (Clasificación Anatómica de Grupos Terapéuticos) con algunas modificaciones. De cada uno de los principios activos que se citan figura la composición, dosis habitual, observaciones de interés y las presentaciones comerciales de uso habitual de los centros.
- La tercera parte, contiene diferentes anexos que recogen distintos listados de especialidades en envases clínicos, especialidades farmacéuticas genéricas, guía de administración de medicamentos por vía oral, normas de conservación de medicamentos termolábiles y fotosensibles, relación de medicamentos en situaciones de emergencia, tablas referidas a intoxicaciones y tratamiento, interacciones de medicamentos y alimentos y utilización de medicamentos en

---

<sup>139</sup> Instrucción 13/2011 de IIPP.

situaciones especiales (insuficiencia renal y hepática, embarazo, lactancia, etc.), legislación de interés y direcciones de utilidad<sup>140</sup>.

Tabla 11. Número de grupos terapéuticos, subgrupos terapéuticos y principios activos de la quinta edición de la Guía Farmacoterapéutica de IIPP.

Grupos Terapéuticos	14
Subgrupos Terapéuticos	71
Principios Activos	392

Según la Organización Mundial de la Salud la selección de medicamentos es un proceso continuo, multidisciplinario y participativo que pretende asegurar el acceso a los fármacos más necesarios en un determinado nivel del sistema sanitario e impulsar el uso racional de los mismos. Este proceso debe corresponder a una estrategia sanitaria global.

**Programa de Intercambio Terapéutico** su base legal es la *Instrucción 13/2011*, ha sido elaborado por la Comisión Central de Farmacia, que lo revisa de forma continuada en base a los estudios de utilización de medicamentos y la información actualizada que vaya surgiendo. Es un procedimiento mediante el cual un medicamento es sustituido por otro de diferente composición, pero del que se espera el mismo o superior efecto terapéutico. Para que un medicamento sea equivalente terapéutico de otro debe reunir una serie de condiciones: pertenecer al mismo grupo o clase farmacológica, tener la misma indicación aprobada, poseer una eficacia y seguridad equivalente. En el ámbito penitenciario el intercambio terapéutico se fundamenta en el criterio médico-farmacéutico y las decisiones de la Comisión Central de Farmacia relativas a la prescripción y dispensación de aquellos fármacos susceptibles de sustitución. El objetivo es favorecer el uso racional y eficiente de los medicamentos, garantizando la disponibilidad en los centros de los medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica de IIPP, la aplicación de este es competencia de los farmacéuticos<sup>141</sup>.

<sup>140</sup> *Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias 5ª edición*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio de Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2011; p.2.

<sup>141</sup> *Instrucción 13/2011 de IIPP*.



### 5.7.Gasto farmacéutico

La supervisión y control del gasto farmacéutico se va a realizar en dos niveles, por un lado los Servicios de Farmacia penitenciarios y por otro la Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Los Servicios de Farmacia penitenciarios mediante la supervisión y control del gasto farmacéutico en los Depósitos de Medicamentos dependientes de su área, con análisis de las desviaciones cuantitativas y estudios de utilización de medicamentos en las memorias mensuales. La Coordinación de Sanidad Penitenciaria con el control de las adquisiciones centralizadas y con el control del gasto cuantitativo y cualitativo. Recientemente se ha instaurado en todos los centros un sistema informático de control de stock de farmacia (SIFA), que permite mejorar la información en la gestión de consumos y utilización de fármacos aportando información en tiempo real de los consumos en todos los centros, todo ello para mejorar la capacidad de control. Otras actuaciones que mejoran la gestión, son las compras centralizadas, concursos de compra de medicamentos, especialmente los medicamentos de uso hospitalario, que suelen ser caros y la prescripción por principio activo.

La tabla siguiente muestra el gasto por adquisición de productos farmacéuticos durante el año 2009<sup>142</sup> y el gasto por interno y mes en productos farmacéuticos<sup>143</sup>:

Tabla 12.Gasto por adquisición de productos farmacéuticos y el gasto por interno y mes en productos farmacéuticos año 2009.

Gasto adquisición directa centros penitenciarios	16.704.523,61 €
Consumo adquisición centralizada	39.594.934,20 €
N.º de internos	64.824 (64.549 sin Navarra)
Gasto farmacéutico total	56.299.457,81€
Gasto adquisición centro penit./interno y mes	21,47 €
Gasto adquisición centralizada/interno y mes	51,12 €
Gasto total / interno y mes	72,59 €

<sup>142</sup> No han sido publicados los datos del año 2010 de gasto total ni de compra directa.

<sup>143</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010 p.35.



El gasto total en productos farmacéuticos ascendió a 56 millones de € en el 2009, el gasto correspondiente a las adquisiciones efectuadas directamente por los centros penitenciarios supuso 14 millones de €, un 15% superior que en año 2008.

En la siguiente Tabla se puede ver la evolución del gasto de medicamentos 2008 -2009<sup>144</sup>.

Tabla 13. Evolución de gasto de medicamentos de Sanidad Penitenciaria 2009-2008.

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2009/2008 (%)</b>
Adquisición directa CP	14.440.794,53 €	16.704.523,61 €	15,68 %
Consumo adquisición centralizada	37.814.844,21 €	39.594.934,20 €	4,71 %
<b>GASTO TOTAL</b>	<b>52.255.638,74 €</b>	<b>56.299.457,81 €</b>	<b>7,74 %</b>

Al analizar los indicadores de gasto total/interno mes correspondientes al 2008 y 2009, observamos un incremento en el Gasto total/interno mes de un 10%.

Gasto de medicamentos centralizados se aplica a los medicamentos para el tratamiento de VIH, Hepatitis C, vacunas y algunos Neurolépticos, supone cerca del 70% del gasto total. El consumo de adquisición centralizada en el año 2010 fue próximo a 38 millones de €. Del total del consumo de la adquisición centralizada/interno mes, el 71% corresponde a los fármacos antirretrovirales, el 18% a neurolépticos atípicos y el 10% a fármacos para el tratamiento de la hepatitis C crónica<sup>145</sup>.

El consumo de antirretrovirales durante 2010 ascendió a 27 millones €, un 2% inferior al año 2009.

Al existir distintas opciones terapéuticas de eficacia similar demostrada, comienza a adquirir importancia creciente, debido a la elevada repercusión económica de los TARV

<sup>144</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010 p.36.

<sup>145</sup> *Memoria de Farmacia 2010 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011 p.31.

el valorar el coste de los fármacos antirretrovirales para establecer pautas preferentes de tratamiento coste/efectivas<sup>146</sup>.

Los neurolépticos atípicos<sup>147</sup> que actualmente, se encuentran centralizados son: Risperidona (RISPERDAL® consta vial, RISPERIDONA MABO® comprimidos y solución oral), Olanzapina (OLANZAPINA QUALIGEN®) y Quetiapina (QUETIAPINA QUALIGEN®), en 2010 el gasto en estos medicamentos se aproximó a los 7 millones de €, un 7% inferior al año anterior.

Sin embargo, el gasto en el tratamiento para la Hepatitis C crónica en el que se utiliza la combinación de Interferón pegilado con Ribavirina, en 2010 aumentó respecto al año anterior.

Gasto por las adquisiciones directas de medicamentos efectuadas por los centros penitenciarios en el año 2009 asciende a 16 millones € un 15 % superior al 2008.

---

<sup>146</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010 p.42-43.

<sup>147</sup> *Memoria de Farmacia 2010 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011 p.55.



## 6. Centro Penitenciario Madrid III

El sistema penitenciario español cuenta actualmente con 89 centros penitenciarios, doce de ellos en Cataluña, para albergar casi setenta y dos mil reclusos; en la Comunidad de Madrid hay cerca de diez mil que se distribuyen en siete prisiones de alta seguridad y tres Centros de Inserción Social (CIS).

El centro Madrid III (Valdemoro) considerado de máxima seguridad, lleva en funcionamiento desde Febrero de 1993 tiene una estructura modular. Tiene ocho módulos de vida ordinaria, un módulo de respeto, un módulo de ingresos, uno de aislamiento, una sección abierta y un departamento de enfermería. Algo más de quinientas personas trabajan en él, la mayoría son trabajadores del cuerpo de funcionarios de prisiones<sup>148</sup>, también cuenta con personal laboral entre los que se encuentra la única farmacéutica del centro<sup>149</sup>.

El número de internos en diciembre del 2011 es de más de mil doscientos y están distribuidos por los módulos, cada uno de estos tiene una capacidad máxima para ciento cuarenta internos. Los módulos 1,2 y 3 suelen ser para internos penados, sin embargo los módulos 5, 6, 7, 8 y 9 suelen ser para preventivos.

El centro dispone de varios módulos especiales, como el aislamiento que es de máxima seguridad con celdas con cangrejo, puertas mecanizadas y etc. Los internos que ocupan esta dependencia pueden estar clasificados en régimen de primer grado<sup>150</sup>, sancionados, refugiados que han solicitado protección especial o en observación de conducta<sup>151</sup>.

---

<sup>148</sup> Entre estos distinguimos: un Director, cuatro Subdirectores (Tratamiento, Régimen, Seguridad, Médico, un Administrador), ocho Jefes de Centro, ocho Jefes de Servicio, ocho Médicos, un Odontólogo, cuatro Psicólogos, cuatro Juristas, dos Sociólogos, una Supervisora de Enfermería, once Ayudantes Técnicos Sanitarios y cuatrocientos Ayudantes del Cuerpo de Funcionarios.

<sup>149</sup> El resto de trabajadores son personal laboral, un total de sesenta y dos: ocho Trabajadores Sociales, diez Auxiliares de Enfermería, dos Técnicos Especialista en Rayos, cuatro Monitores Deportivos, cuatro Monitores de Tiempo Libre, doce Cocineros, dos Peones, doce Limpiadores, nueve Trabajadores de Mantenimiento y un Farmacéutico. Los Maestros dependientes de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid son diez.

<sup>150</sup> Primer grado si son penados y *Art. 10* si son preventivos clasificación está determinada por el tipo de delito o el comportamiento dentro de prisión (acumulación de partes disciplinarios, no adaptación a la vida ordinaria en otro módulo...). Los internos en primer grado pueden estar clasificados en *Art. 91.2 y 91.3, R.P. (1996)* la diferencia es el tiempo que pasan fuera de la celda.

<sup>151</sup> *Art. 72, Art. 75.1 y Art. 75.2 del R.P. (1996).*

La sección abierta es un edificio anexo a la estructura principal para aquellos internos que han cumplido las 3/4 partes de la condena; algunos tienen trabajo fuera del centro regresando diariamente para dormir y el resto sale de permiso todos los fines de semana.

El departamento de enfermería que forma parte de la estructura modular tiene una capacidad máxima para cincuenta y siete, el ingreso en enfermería es por orden médica e incluye tanto patologías orgánicas como psíquicas.

Recientemente se ha creado un módulo de respeto en el cual el ingreso es voluntario, requiere solicitud y aceptación, se organizan en grupos de tal modo que cada grupo tiene una tarea asignada semanalmente, en estos hay un responsable encargado de distribuir las tareas entre los miembros y de velar por el cumplimiento de la normativa por parte del grupo. Además deben participar al menos en tres actividades. Diariamente son evaluados por el funcionario en higiene personal, actitudes, relaciones interpersonales y cumplimiento de las obligaciones. Hay evaluaciones semanales y trimestrales que las realiza el equipo técnico a partir de las semanales en las que se otorgan recompensas y créditos. La baja del módulo puede ser voluntaria, por motivos institucionales o por expulsión debido a un comportamiento inadecuado.

Otro módulo especial es el de ingresos donde se alojan aquellos que proceden de otros centros o de libertad hasta que se les asigna módulo y también a los tránsitos que hacen estación en Madrid III durante un tiempo variable dependiendo de cual sea su centro destino.

El centro posee unas características diferenciales con respecto a otras prisiones como ser el centro de tránsitos de la Comunidad de Madrid, tener un departamento de sección abierta, tener un módulo especial de máxima seguridad, ser el destino de los internos que están pendientes de extradición a otros países, y también destino provisional de los internos que acuden a juicio a la Audiencia Nacional.

Entre las diferencias más sobresalientes, está la proporción de internos procedentes de otros países con respecto a los españoles, que en nuestro centro está invertida: 62/38 a favor de otras nacionalidades en relación a la proporción en la población penitenciaria general (36/64, a favor de españoles)<sup>152</sup>. Lo podemos observar en las figuras 16 y 17. Este

---

<sup>152</sup> <http://www.institucionpenitenciaria.es/opencms/opencms/documentos/estadística>. (Datos recogidos en julio de 2010).

hecho está muy probablemente relacionado con que Madrid III es una de las prisiones que más acoge internos pendientes de extradición.

**POBLACIÓN PENITENCIARIA EN MADRID III SEGÚN NACIONALIDAD**

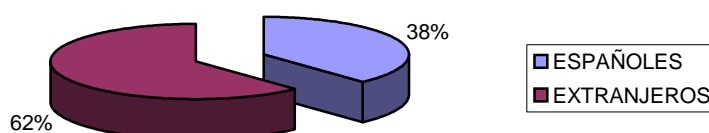


Figura 16. Población penitenciaria según nacionalidad en C.P. Madrid III.

**POBLACIÓN PENITENCIARIA SEGÚN NACIONALIDAD**

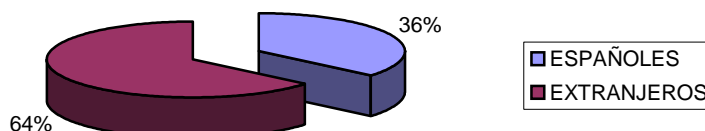


Figura 17. Población penitenciaria según nacionalidad en prisiones.

A pesar de no disponer de los datos de movimientos globales de la población penitenciaria, la gran diferencia entre el centro que nos ocupa y el resto de las prisiones, probablemente radique más en la enorme dimensión de los movimientos poblacionales que tienen lugar, que en características distintivas concretas de la población en sí. Dan una medida de la cuantía de esta rotación poblacional, los datos de altas y bajas entre tránsitos y población fija a lo largo del año 2009 representados en la tabla 14:

Tabla. 14. Movimientos de internos en C.P. Madrid III año 2009.

Altas tránsitos y fijos	9.201
Bajas tránsitos y fijos	9.482
Movimientos Totales/año	18.683*

\*A partir de esta cifra obtenemos que en Madrid III se producirían aproximadamente 1500 movimientos (salidas o entradas de internos) al mes.

### 6.1. Tratamiento penitenciario

Unos de los pilares de la reinserción es el tratamiento penitenciario, éste se vale de los programas de intervención <sup>153</sup> para conseguir sus objetivos, en el centro están en curso en Intervención Psicológica: el Programa de Salud Mental, el Programa de Agresores Sexuales, el Programa de Agresores Domésticos, el Programa de Módulo de Respeto, el Programa de Comunidad Terapéutica <sup>154</sup> y el Programa de Prevención de Suicidios. Son coordinados por el psicólogo en un equipo multidisciplinar en que participan: Médicos, Ayudantes Técnicos Sanitarios, Trabajadores Sociales, etc. En cuanto a la Intervención Educativa están en marcha el Programa de Régimen Cerrado, el Programa de Sección Abierta, el Programa de Jóvenes y el Programa de Extranjeros.

La formación, la cultura y el deporte, son elementos fundamentales de los diferentes programas de tratamiento. La educación es uno de los objetivos prioritarios de la gestión del sistema penitenciario español, así como el derecho de los reclusos al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad, que están recogidos en la *Constitución Española*, *L.O.G.P.* y *R.P.* <sup>155</sup>. También se hace referencia al aprendizaje de las personas privadas de libertad en la *Ley Orgánica de Educación 2/2006* <sup>156</sup>, ésta concede gran importancia a la educación de los adultos y al formarse a lo largo de la vida.

Las actividades educativas del centro dependen de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid <sup>157</sup>, el centro se llama Alonso Quijano, (Centro Público de

<sup>153</sup> Art. 116 R.P. (1996).

<sup>154</sup> Art. 115.1 R.P. (1996).

<sup>155</sup> Art. 27, Art. 25.2 de la *Constitución Española* (1978), Art. 55 a 58 *L.O.G.P.* (1979), *Capítulo III R.P.* (1996).

<sup>156</sup> Art. 66.6, Art 5. *Ley Orgánica de Educación 2/2006* (2006).

<sup>157</sup> Art. 122.3 R.P. (1996).

Educación de Adultos en centros penitenciarios). El total de matriculados en el curso 2010-2011 fue de más de cuatrocientos alumnos, que se distribuyen en tres ciclos de Educación Primaria y dos ciclos de Educación Secundaria, estos son español para inmigrantes, primer tramo, segundo tramo y tercer tramo de la Educación Básica de Personas Adultas una vez finalizando obtienen el Graduado en Secundaria. También hay enseñanzas para el desarrollo personal como Historia del Arte, preparación para la universidad, inglés e Informática (Diseño gráfico, Diseño Páginas Web, Informática Básica).

## **6.2. Trabajo**

En cuanto trabajo penitenciario se tiene derecho a él, a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social y deberá ser remunerado. Constituye un elemento importante en el tratamiento y prepara al interno para su acceso al mercado laboral cuando alcance la libertad<sup>158</sup>. El centro dispone de varios talleres (Manipulados Ferritas, Manipulados Reles, Manipulados Gomas, Manipulados Electrónica, Manipulados Bolsas, Artes gráficas, Alimentación, Mantenimiento, Economato, Lavandería, Limpieza, Subalternos, Jardineros, Reparto y comedor. El número de trabajadores asciende casi a cuatrocientos, el Organismo Autónomo, Trabajo y Formación para Empleo asume el pago de las nóminas y las cotizaciones a la Seguridad Social de los internos trabajadores.

## **6.3. Gestión del centro penitenciario**

La gestión del centro se divide en dos bloques, la administración propia del centro, de la que es responsable el administrador y el Organismo Autónomo de Trabajo y Formación para el Empleo. Cada uno de ellos cuenta con un CIF (Código de identificación fiscal) diferente<sup>159</sup>. La administración del Organismo Autónomo, Trabajo y Formación para Empleo gestiona: la alimentación, economato, que aunque en ambas hay una parte centralizada, (el precio del producto está pactado y las facturas van dirigidas a los servicios centrales), la parte no centralizada corre a cargo de la administración del Organismo del centro. Respecto a los cursos, el Organismo se encarga de los F.S.E. de los

---

<sup>158</sup> Art. 25.2 de la Constitución Española (1978) Arts. de 26 al 35 de la LOGP (1979), Art. 132, 133 y 153 del RP (1996), y en el R. D. 782/2001.

<sup>159</sup> Administración del Organismo Autónomo Trabajo y formación para el Empleo con el CIF. Q-2813006-J, administración del Centro con el CIF. S- 2813066-D.



cuales asume todos los gastos de material, personal y etc. En cuanto a los talleres, paga como ya se ha comentado nóminas y etc.

La Administración del centro se encarga de la gestión de las reparaciones, mantenimiento, conservación, material, suministros (gas, agua, electricidad, vestuario), productos farmacéuticos y material sanitario que incluye gastos de: medicinas, productos de asistencia y material técnico fungible de laboratorio. En cuanto a los medicamentos, tanto los centralizados como los de compra directa se facturan al centro, antes no ocurría así, los centralizados los pagaba directamente la Secretaria General, estos anualmente salen a concurso por el método del “sobre cerrado”.

A través del Programa Sorolla se realiza la estadística sanitaria mediante las denominadas “agrupaciones de gasto” estas son: medicamentos, material sanitario de curas, material fungible análisis clínico, material fungible análisis de drogas, prótesis y otros<sup>160</sup>. A comienzos de año hay una asignación económica, las facturas se pagan a través de transferencia bancaria, o caja aquellas de poco importe. Se gestionan a través de cuenta de anticipo cuando se acumulan un determinado número de facturas.

---

<sup>160</sup> Circular del 26 de octubre de 2007 de la DGIP.

## 7. Servicios Médicos en Centro Penitenciario Madrid III.

La asistencia sanitaria está a cargo de una plantilla compuesta por: un Subdirector médico, una Supervisora de enfermería, ocho Médicos, once ATS, diez Auxiliares de clínica, dos TER (Técnicos Especialistas en Radiología), dos Odontólogos (uno funcionario y el otro realiza trabajos privados), un Óptico (privado que viene cuando es necesario) y un Psiquiatra, además de un funcionario que realiza las labores administrativas de la oficina sanitaria y una Farmacéutica.

Las actividades sanitarias se llevan a cabo en la enfermería, donde, además de un conjunto de celdas similares a las de otros módulos, hay diferentes estancias destinadas a sala de curas, sala de observación, archivo, oficina sanitaria, farmacia, almacén de farmacia, laboratorio y consultas. La enfermería dispone de celdas individuales, dobles, para internos clasificados en primer grado y para sujeción mecánica.



Habitación del Centro Penitenciario.

Se contemplan tres tipos de consulta médica de Atención Primaria: consulta a demanda, consulta programada y consulta urgente y en Atención Especializada la consulta psiquiátrica.

### **Consulta a demanda**

La consulta a demanda se organiza de este modo: el día previo al asignado en cada módulo para consulta, los internos que quieren acceder a ella son registrados por los funcionarios en un libro destinado al efecto. Dichos libros son enviados a última hora de la tarde a enfermería para a primera hora del día siguiente sacar todas las historias clínicas. Al ir a pasar la consulta se llevan las historias clínicas junto con un libro de consulta médica del que dispone cada módulo. En él se registran nombre y apellidos, tipo de consulta, etc.

En los módulos ordinarios, módulo de ingresos (sólo los internos que están fijos allí) con un máximo de veinte internos por día. En la enfermería y en los módulos de aislamiento la consulta es diaria (excepto los miércoles) y en tránsitos también es diaria. Las consultas a demanda se realizan en el despacho médico habilitado en cada módulo y en el turno de mañana, excepto la de los ingresos fijos, que se realiza en la enfermería y la del módulo de tránsitos, que se realiza por la tarde. Cada módulo tiene asignado un médico, un ATS y un auxiliar durante un período de doce meses. El médico durante sus actividades asistenciales está siempre acompañado de un auxiliar.

### **Consulta programada**

Las consultas programadas son las que se realizan a los reclusos que ingresan procedentes de libertad, extradición o de otro centro penitenciario y que deben ser examinados en un plazo de veinticuatro horas<sup>161</sup> y a los ingresos procedentes de otros centros y los tránsitos, que traen consigo la historia clínica y una “*Hoja de conducción*” en la que consta el tratamiento que siguen (fármaco, pauta, duración) y su inclusión o no en el *Programa de Mantenimiento con metadona* (PMM). El resto de las consultas programadas, como tal, se realizan preferentemente los miércoles, en el turno de mañana y en las consultas de los módulos o en la enfermería<sup>162</sup>.

### **Consulta Urgente**

A las consultas de urgencia se accede mediante una llamada telefónica del funcionario a la enfermería. En ella el sanitario obtiene como primera información el nombre del paciente, el módulo de procedencia y el motivo de consulta. Estas se pueden producir

---

<sup>161</sup> *Reglamento Penitenciario* (1996).....

<sup>162</sup> Las realizan de manera independiente el médico y el ATS asignados al módulo.

durante las 24 horas del día, los 365 días del año y tienen lugar en la enfermería del centro. Los días laborables en el turno de mañana, las urgencias están asignadas a un médico, un ATS y un auxiliar. En el turno de tarde, sábados, domingos y festivos están a cargo del médico y el ATS de guardia y los auxiliares correspondientes. Aquellas urgencias que lo precisen son derivadas al Hospital Universitario 12 de Octubre, como hospital de referencia.

### **Consulta Psiquiátrica**

Una vez a la semana, el psiquiatra consultor del centro, actuando en calidad de prestación de servicios, atiende aproximadamente a una veintena de internos. El acceso a la consulta psiquiátrica no se produce a demanda de los internos sino que debe ser gestionado por los médicos de los módulos, quienes elaboran un parte de interconsulta con una asignación de prioridad (ordinaria, preferente o urgente).

Habitualmente, la consulta se desarrolla en unos de los despachos de la enfermería, exceptuando el caso de aquellos internos que pertenezcan al aislamiento. Si esto sucede, el especialista se desplaza para prestar la asistencia al módulo en cuestión. Por norma general, no se realizan consultas de urgencia, salvo que la demanda surja en el mismo día asignado para las revisiones psiquiátricas, y aquellos casos que la requieren son derivados al hospital de referencia para valoración por el especialista.

En lo referente a la prescripción de psicofármacos, es habitual que los pacientes reciban tratamiento psicofarmacológico antes de ser derivados, como medida encaminada al alivio de los síntomas, a la espera de la consulta psiquiátrica (que suele demorarse, para las consultas ordinarias tres o cuatro semanas). Los médicos del medio penitenciario están familiarizados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos psíquicos y tienen un satisfactorio manejo de los tratamientos psicofarmacológicos más habituales, correspondientes a la patología más frecuente y no complicada, al igual que la de los tratamientos urgentes<sup>163</sup>.

---

<sup>163</sup> En muchas ocasiones el motivo de la derivación es un resultado insatisfactorio de los tratamientos prescritos o la revisión de internos polimedicados al ingreso, procedentes de otros centros o de la calle para valorar la conveniencia de continuar o no con la medicación. Por regla general, una vez modificadas las indicaciones por el especialista, éstas son respetadas por el responsable básico del caso y el tratamiento pasa a ser revisado en consulta programada por la psiquiatra.



## 8. El Servicio de Farmacia del centro penitenciario Madrid III (Valdemoro)

Las siete prisiones de la Comunidad de Madrid cuentan con Servicios de Farmacia gestionados por profesionales farmacéuticos<sup>164</sup> aunque, como ya se ha comentado anteriormente, no todos se encuentran formalmente legalizados<sup>165</sup>.

Desde la apertura de Madrid III en 1993 y durante diez años, la Farmacia/Depósito del centro fue gestionada por un enfermero aunque dependía de la Farmacia de otro centro<sup>166</sup>. A partir de 2003 al contratarse un farmacéutico sin especialidad en Farmacia Hospitalaria, se convierte en un Servicio de Farmacia de centro penitenciario pendiente de legalizar. Cuando el farmacéutico se ausenta, el Director encarga los cometidos al Subdirector o Jefe de los Servicios Médicos<sup>167</sup>. En la actualidad, la legalización del servicio sanitario se encuentra en trámites de formalización.

Desde el punto de vista arquitectónico, el Servicio de Farmacia de Madrid III, está situado dentro de la enfermería del centro y no dispone de un ágil acceso al exterior que facilitaría la entrada y recepción de pedidos de los distintos proveedores. Una correcta ubicación, aportaría ventajas desde el punto de vista de seguridad y agilizaría el sistema de recepción, identificación y comprobación de la mercancía; esto no ocurre en la mayoría de los centros que los pedidos llegan a comunicaciones que es el lugar de recepción de mercancías y que cuenta con scanner.

---

<sup>164</sup> Después reiterados intentos por parte de la Subdirección General de Sanidad para la contratación de farmacéuticos, en la Comunidad de Madrid se realizó, al fin, la incorporación de tres farmacéuticos para Madrid II (Alcalá-Meco), Madrid VI (Aranjuez) y Madrid III (Valdemoro) en agosto de 2003, ya existía un farmacéutico en Madrid V (Soto) con Servicio de Farmacia legalizado. Madrid VII cuenta con farmacéutico desde 2010.

<sup>165</sup> En la Comunidad Autónoma de Madrid, no se han podido legalizar los Servicios de Farmacia de los Centros Penitenciarios de Madrid II, Madrid III y Madrid VI, por ser necesario tener la especialidad de farmacia hospitalaria y el personal contratado carece de dicha especialidad.

<sup>166</sup> DÍAZ-MAROTO S. "Situación actual de los Servicios de Farmacia Penitenciarios". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2000; vol 2: 92-98.

<sup>167</sup> *Instrucción 13/2011 de Prescripción, Adquisición, Dispensación y Sustitución de Productos Farmacéuticos*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011.

El funcionamiento técnico del servicio cuenta con sistemas independientes de suministro de electricidad para los frigoríficos, ordenadores en previsión de posibles averías de fluido eléctrico, el centro cuenta con grupos electrógenos, teléfono con línea exterior, de fax e Internet para realizar los pedidos, climatización para evitar los cambios de temperatura ambiental que pueden afectar a la conservación de algunos fármacos, la temperatura debe estar comprendida entre 15-30°C y la óptima de almacenamiento recomendada es 20°C. Se dispone de termómetros de máximas/mínimas en el almacén, en la Farmacia y en los frigoríficos de estos.

En el centro el área de trabajo se distribuye en dos zonas bien diferenciadas aunque próximas, la de preparación o Farmacia propiamente dicho donde preparan la medicación (Auxiliares, Enfermeros y Farmacéuticos), en ella no se cuenta con laboratorio, al no estar legalizada no se pueden elaborar fórmulas magistrales. El almacén<sup>168</sup> alberga medicación, material de curas, fluidoterapia, es el lugar de recepción de mercancías y de gestión ya que se dispone de ordenador y línea de teléfono al exterior.

En 2010 se instaló un sistema informático de control de stock (SIFA) en Madrid III, que ha sido centro piloto<sup>169</sup>, que permite hacer pedidos a los distintos laboratorios, centralizados, a distribuidores, conocer el stock, movimiento de productos, caducidades, previsiones, etc. Se podrán hacer los pedidos vía e-mail en un futuro. Este sistema es común para las Farmacias y Depósitos de Medicamentos de todas las prisiones españolas, a nivel central se puede ver los movimientos que se producen. La puesta en marcha en todos los centros penitenciarios del programa informático de gestión de stock ha agilizado enormemente la gestión de las adquisiciones<sup>170</sup>.

Siguiendo las recomendaciones de la Coordinación de Sanidad el almacén dispone de stock elevados de Antigripales, Amoxicilina, Bucofaríngeos, Aspirina, Dipirona Magnésica, Paracetamol, Ibuprofeno y etc, en general medicamentos que se prescriben

---

<sup>168</sup> En 2007 se realizó una obra de ampliación en el almacén, donde se incorporó una parte del pasillo a este para instalar estanterías y poder almacenar medicamentos, se le propuso al Subdirector Médico y lo aprobó el Director, estas obras son realizadas por internos con la supervisión de funcionarios de mantenimiento. En 2010 de nuevo el Director aceptó a propuesta del Subdirector médico que se cambiasen las estanterías de la Farmacia y del almacén, que eran de chapa galvanizada y que no reunían las condiciones adecuadas por riesgo de cortes por unas de melamina.

<sup>169</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010; p.75.

<sup>170</sup> *Memoria de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. p.76.

mucho, que se compran a la Farmacia Militar (siempre que sea posible) o a laboratorios, procurando conseguir importantes descuentos.

Los estupefacientes se custodian en un armario metálico provisto de cerradura de seguridad, en una habitación también con cerradura dentro del almacén. Se dispensan a diario y se registran en un libro de contabilidad de estupefacientes. Los psicotropos, se guardan en armarios con llave, uno de ellos en el almacén y el otro en la Farmacia, se cuenta con un libro de salidas de psicotropos en el que se anotan diariamente. Farmacia cuenta además con un armario adecuado para almacenar los psicofármacos<sup>171</sup>.

Se dispone de un cuarto para la preparación de metadona, la envían ya preparada en solución del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, los enfermeros se encargan de preparar diariamente las dosis, dispensarla y registrarla en el libro de metadona de entradas y salidas<sup>172</sup>.

El oxígeno medicinal lo envían en bombonas, estas se almacenan en un lugar aislado y fresco ya que es un producto inflamable.

En cuanto a las funciones desempeñadas por el farmacéutico en el Servicio de Farmacia del centro vienen recogidas en la *Instrucción 13/2011 de Prescripción, Adquisición, Dispensación y Sustitución de Productos Farmacéuticos* y en el *Manual de Procedimientos de los Servicios de Farmacia de Instituciones Penitenciarias* (2003). En el área de gestión las funciones a destacar son: control de stock y adquisición de medicamentos que se pueden adquirir de forma centralizada o directa a laboratorios, distribuidores, Fuerzas Armadas y farmacia de la zona (solo en situaciones de urgencia), oxígeno medicinal y material de curas, estas adquisiciones se realizan a través del sistema informático<sup>173</sup>. Registro de entradas y de salidas de productos con el sistema informático, comprobación de albaranes y facturas.

---

<sup>171</sup> Tras reiteradas solicitudes por mi parte al Administrador de un armario adecuado para almacenar los psicofármacos, se compro en 2011, se encuentra en la Farmacia.

<sup>172</sup> *Manual de Procedimientos Servicios de Farmacia 2003 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid, 2003; p.10-12.

<sup>173</sup> *Oficio 24 de junio de 2010 de IIPP*.



La dispensación de medicamentos se realiza por principio activo<sup>174</sup>, salvo aquellos medicamentos recogidos en la *Orden SCO/2874/2007*, esta puede ser diaria, semanal o mensual se registra en las fichas de cada paciente. Se registran diariamente salidas de psicofármacos, entradas y salidas de estupefacientes en sus libros correspondientes. Desarrollo y aplicación del Programa de Intercambio Terapéutico además de velar por el cumplimiento de la Guía Farmacoterapéutica<sup>175</sup>.

Se efectúan revisiones mensuales para retirar la medicación y el material sanitario caducado y se devuelven a los diferentes proveedores para que emitan el abono correspondiente. Al igual se procede con la retirada de cualquier fármaco, tras recibir las notificaciones de la AEMPS<sup>176</sup>.

Mensualmente se envían relación de productos centralizados comprados además de albaranes de las compras centralizadas y directas a la Coordinación General de Sanidad.

Se realizan las estimaciones anuales de las necesidades de vacunas, que se envían a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la información de medicamentos y material de curas, se intenta resolver todas las dudas, sobre estos a enfermeros, médicos y etc éstas suelen ser de medicamentos de internos que vienen de otras prisiones, países o de reciente comercialización.

Se registran diariamente las temperaturas máximas y mínimas de los frigoríficos de la Farmacia y del almacén.

### **8.1. Evolución del Gasto farmacéutico en el Centro Penitenciario Madrid**

#### **III. Análisis comparativo con el resto de prisiones españolas y con el Sistema Nacional de Salud**

En 2009 los datos de gasto de productos farmacéuticos fueron el resultado del análisis y evaluación de los datos relativos a las adquisiciones de productos farmacéuticos efectuadas directamente por los centros penitenciarios y de las adquisiciones centralizadas realizadas desde la Coordinación. La fuente de obtención de datos fue, la información del gasto de productos farmacéuticos suministrada por la Coordinación General de Servicios

---

<sup>174</sup> *Instrucción 13/2011 de IIPP y Real Decreto 9/2011.*

<sup>175</sup> *Instrucción 13/2011 de IIPP.*

<sup>176</sup> Las especialidades retiradas por estos motivos, son devueltas a los proveedores correspondientes para que emitan el abono correspondiente según lo recogido en el *Real Decreto 726/1982*.

a través del Programa informático de gestión SOROLLA y consumo de fármacos de adquisición centralizada efectuado por los centros penitenciarios<sup>177</sup>.

Se evaluaron diferentes indicadores y los que han permitido comparar el gasto farmacéutico entre los centros penitenciarios son: gasto medicamentos adquisición directa/interno mes, consumo medicamentos adquisición centralizada /interno mes, consumo antirretrovirales/interno mes, consumo neurolépticos atípicos/interno mes, consumo tratamientos hepatitis C crónica /interno mes<sup>178</sup>. En cuanto al gasto total Madrid III siempre ha estado por debajo de la media, en 2009 el gasto total interno mes en Madrid III fue de 40% menor que la media de gasto interno en IIPP, fue el séptimo centro con menor gasto<sup>179</sup>. En la figura 18 se aprecia la evolución del gasto de Madrid III y el de prisiones<sup>180</sup>.

---

<sup>177</sup> La Memoria de 2010 no dispone de datos de gasto directo de los centros en dicho año por no ser acordes.

<sup>178</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010; p.32-33.

<sup>179</sup> En 2004 ocupó la décima posición de menor gasto total de los 64 centros. Entre los años 2005 y 2006, hubo una tendencia al crecimiento en el gasto en prisiones, sin embargo, en Madrid III hubo un descenso. En 2006 el Gasto total/interno.mes ascendió a 69,95€, se incrementó interno/mes 3,98% respecto a 2005. En Madrid III, en este mismo año el gasto total/interno.mes ascendió a 39,68€. En el 2008 el gasto total de interno mes en prisiones fue 71,58 € y Madrid III, fue de 41,61 €. El gasto total interno mes en prisiones se ha incrementado en 2009 respecto al 2008 un 0,85%, el gasto centralizado cayó 1,98%, sin embargo el gasto directo de los centros se incrementó un 8,27%. En el año 2009 el gasto total interno mes fue de 72,59 €, y en Madrid III fue de 43,49 €, es el 7º centro con menor gasto. Los datos han sido sacados de la *Memorias Anuales de Farmacia 2004, 2005, 2006, 2008 2009 de Instituciones Penitenciarias*.

<sup>180</sup> Del año 2007 no se muestran datos debido a que no se ha publicado en las memorias, porque que se comenzó a utilizar un nuevo sistema informático Sorolla y los datos que salían no eran acordes.

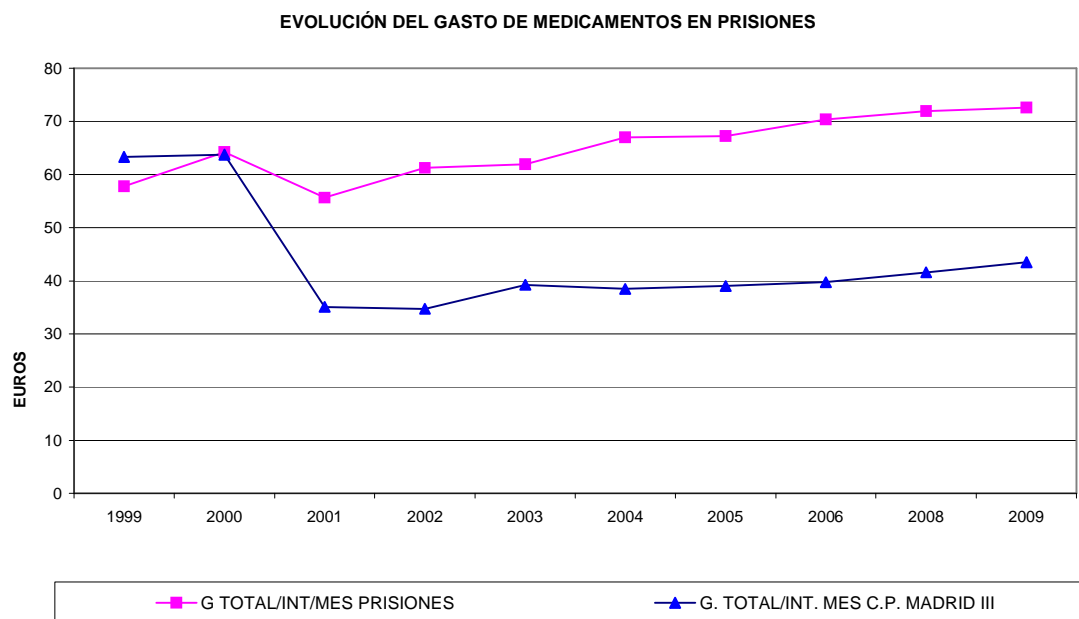


Figura 18. Evolución del gasto total/ interno/ mes Prisiones vs gasto total interno mes CP Madrid III.

En relación al gasto en las adquisiciones centralizadas, el centro siempre ha tenido buenos resultados en 2010 fue un 35% menor que el resto de prisiones aunque se ha incrementado cerca de 15% respecto de 2009 el gasto centralizado en Madrid III.

En cuanto a neurolépticos centralizados<sup>181</sup> en 2010 el gasto fue un 58% menor que la media de prisiones, si bien se ha incrementado un 55% respecto a 2009<sup>182</sup>.

<sup>181</sup> En 2004 respecto 2003, aumentó un 16,37% en Instituciones Penitenciarias, mientras que CP Madrid III el aumento fue de un 10,09 %.<sup>181</sup> El centro ocupó la posición duodécima posición de menor gasto de adquisición centralizada en 2004 y fue el centro de adultos de menor gasto de la Comunidad de Madrid (salvo Madrid CIS). Con respecto a los psicofármacos que se adquieren por compra centralizada, Madrid III se encuentra entre los 18 centros (de 64) que habían disminuido el gasto de Neurolépticos en 2004 respecto a 2003, lo había reducido en un 7,10%. Con estos datos ocupaba, la posición número 20 de menor gasto de neurolépticos atípicos en 2004. Sin embargo, el consumo global (expresado en €) en Instituciones Penitenciarias se había incrementado en un 59,36% respecto al 2003. El consumo de Risperdal un 88% y el de Zyprexa un 49,08%. En 2006, Madrid III tuvo uno de los mejores datos con respecto a gasto farmacéutico de la Comunidad de Madrid y específicamente el primer puesto en el año 2006, en cuanto a menor gasto/interno/neurolépticos centralizado, entre los centros estándar de esta Comunidad y el cuarto puesto entre todas las prisiones de España (excluidas la de Cataluña), habiendo reducido el gasto en neurolépticos de adquisición centralizada del año 2005 al 2006 un 42,25 %. En 2007 el gasto en neurolépticos centralizados en Madrid III se incremento en 75,61%, es decir se ha pasado de 1,64€ int/mes en 2006 a 2,88€ int/mes en 2007, la razón es que se ha incorporado a esta compra Seroquel (Quetiapina) en junio de 2007, (que hasta ese momento se compraba directamente por el centro), pero Madrid III sigue siendo el de menor gasto de toda la Comunidad de Madrid y el cuarto con menor gasto de todas las prisiones de toda España. La media de gasto de prisiones neuroléptico/int/mes asciende a 10,10% € un 31% superior al año 2006 En el año 2008 el gasto en neurolépticos centralizados en Madrid III, fue 2,18 € interno mes y en el 2009 fue 2,55€, en cualquier caso siempre por debajo de la media española y el gasto más bajo de toda la Comunidad de Madrid.

En la figura 19 se ve la evolución del gasto en neurolépticos centralizados en prisiones vs Madrid III, en 2009 y 2010 hubo repunte de Madrid III.

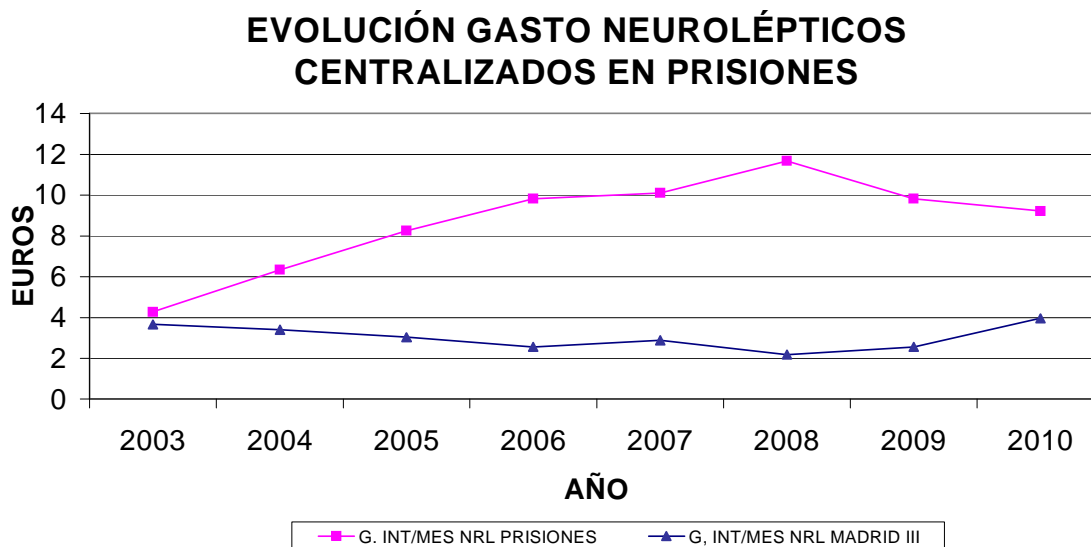


Figura 19. Evolución Gasto Neurolépticos Centralizados en Prisiones vs Madrid III.

En cuanto a la Adquisición directa en 2009 Madrid III fue el centro de menor Gasto de la Comunidad de Madrid se incremento casi un 15% sin embargo la media fue de un 8%<sup>183</sup>.

Desde 2006 la Subdirección General de Sanidad Penitenciarias estableció como objetivo mejorar los porcentajes de adquisición de fármacos a los laboratorios por parte de los centros penitenciarios que disponían de farmacéuticos. Se establecieron los siguientes objetivos<sup>184</sup>:

- Servicios de farmacia legalizados: - **90% adquisición laboratorios**
- Servicios de farmacia sin legalizar: > **75% adquisición laboratorios**

<sup>182</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2010 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010; p.58.

<sup>183</sup> El total de gasto interno mes en prisiones fue 21,47 €, hubo un incremento de 8,27% respecto al 2008. En Madrid III, el gasto fue 14,73 €, incremento fue de 14,63%, por encima de la media. *Memoria Anual de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2010; p.65-70. De 2010 no se dispone de datos de gasto directo de los centros por no ser acordes.

<sup>184</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2010; p.27.

Tabla 15. Evolución en % de compra a laboratorios en el C.P. Madrid III<sup>185</sup>.

Año	2005	2006	2007	2008	2009
% de compra a laboratorios Madrid III	76,3%	87,5%	84,75%	84,67%	82,5%

Podemos ver en la tabla 15 que Madrid III, siempre ha conseguido superar el 75% de lo establecido. El resto de porcentaje de compra se realiza a los distribuidores que en el caso de Madrid III son Alliance Healthcare o Centro Farmacéutico Nacional. Un factor que influye en el incremento del porcentaje de adquisición a almacenes de distribución, es la adquisición de fármacos puntuales generalmente de elevado coste, a pacientes de nuevo ingreso, que se trasladan de un centro a otro y es necesaria su tramitación urgente para no interrumpir los tratamientos<sup>186</sup>. Como ya se ha comentado, el centro de estudio es una prisión de gran movimiento de internos, esto supone que a menudo surja la compra urgente de medicaciones a los distribuidores e incluso a la farmacia de zona.

En cuanto a la comparativa del incremento del gasto en medicamentos del Sistema Nacional de Salud vs Instituciones Penitenciarias, se aprecia en la figura 20, el incremento de gasto en porcentaje en Instituciones Penitenciarias comienza en el año 2002 con un fuerte incremento (50,29%) para descender en el año 2003, hasta un 8,97%; con un pequeño ascenso en el 2004, a partir de ese año el desarrollo es paralelo con el del Sistema Nacional de Salud<sup>187</sup>.

<sup>185</sup> *Memorias Anuales de Farmacia de Instituciones Penitenciarias de los años, 2006, 2007, 2008 y 2009*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Área de Ordenación Sanitaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior.

<sup>186</sup> *Memoria Anual de Farmacia del año 2007 de Instituciones Penitenciarias*. Secretaría General de Instituciones. 2008.

<sup>187</sup> “Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007; vol 31:103-4. “Subgrupos ATC de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007; vol 31:130-35. *Memorias Anuales de Farmacia de Instituciones Penitenciarias 2003, 2004 y 2005*. “Grupos Terapéuticos y Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005; vol 29:49-53.

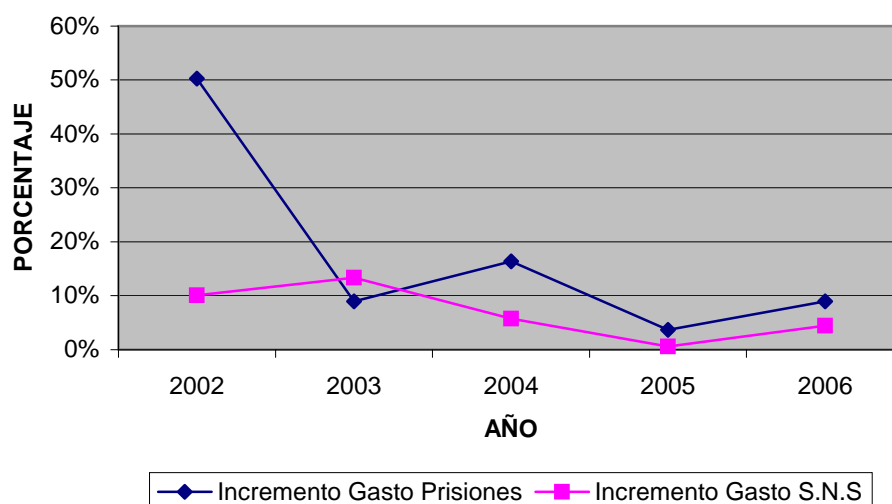


Figura 20. Comparativa incremento de gasto en medicamentos en % prisiones vs SNS expresado en porcentaje.

En el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con los datos del año 2006, los antidepresivos tipo ISRS fueron el tercer subgrupo de mayor consumo por importe (solo superados por las Estatinas y los inhibidores de la bomba de protones, tipo Omeprazol), con un coste total de 438,36 millones de €, gasto correspondiente a 15.389,10 miles de envases. Por otro lado entre los 11 primeros principios activos de mayor consumo en el ranking por PVP encontramos 4 psicofármacos (Risperiona, Paroxetina, Olanzapina y Velanfaxina)<sup>188</sup>.

Aunque en el medio penitenciario se carece de datos por subgrupos ATC (Anatomical Therapeutic and Chemical Classifying System) debido al sistema actual de recogida de información de las Memorias de Farmacia de Instituciones Penitenciarias, por lo que no se puede hablar de la tendencia general del consumo de psicofármacos, sí se dispone, sin embargo, de los datos referentes a al grupo de neurolépticos cuya adquisición se hace de forma centralizada (Risperidona y Olanzapina)<sup>189</sup>. El gasto conjunto de ambas sustancias experimentó un aumento en prisiones del año 2003 al 2004 de un 59,36% (coincidiendo con la incorporación de la forma inyectable de Risperidona) y entre los años 2004 y 2005

<sup>188</sup> “Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007; vol 31:103-135.

<sup>189</sup> ALGORA DONOSO I, VARELA GONZALEZ O. “Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro)”. *Revista de Farmacia Hospitalaria*. 2008;vol 32(6):331-338.

creció un 29,04%, mientras en el Sistema Nacional de Salud los incrementos fueron de un 18,77% y de un 0,96% respectivamente en los mismos periodos<sup>190</sup>.

---

<sup>190</sup> *Memorias Anuales de Farmacia de Instituciones Penitenciarias 2003, 2004 y 2005*. “Grupos Terapéuticos y Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005;vol 29:49-53. “Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007;vol 31:103-4.

## 9. Estudios de uso de psicofármacos en centros penitenciarios

Estudios recientes concluyen que en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas que son ingresadas en prisión presentando trastornos mentales<sup>191</sup>. Además la extensión del uso de los psicofármacos al control de las conductas disfuncionales, a los trastornos de personalidad y al área de las dependencias ha alcanzado un amplio desarrollo. Estos campos abarcarían las problemáticas de una amplia mayoría de la población penitenciaria que, a su vez, es un subgrupo con una demanda elevada de todo tipo de psicofármacos.

Desde el conocimiento intuitivo al que se accede durante la práctica clínica cotidiana parece que este subgrupo farmacológico (el de los psicofármacos) se constituye en uno de los más prescritos y más demandados en el medio, con utilidades clínicas esperadas muy diversas y no siempre bien definidas, duración de los tratamientos más prolongada de lo que recomiendan los protocolos, utilización en indicaciones no autorizadas en ficha técnica y costes que en algunos casos ocupan primerísimos puestos en el ranking de consumo por PVP de productos farmacéuticos en el medio penitenciario. Profundizar en esta impresión superficial para llegar a un conocimiento más exacto de esta realidad va permitir definir mejor las necesidades de esta población y hacer propuestas de racionalización del gasto con el objetivo de optimizar el uso de recursos. El primer paso en esta aspiración es el de describir pormenorizadamente el estado actual de cosas: qué, cuánto y cómo se prescribe habitualmente en este medio.

---

<sup>191</sup> *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción.* Coordinación General de Sanidad. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid 2011. p11.



## 9.1. Estudio de uso de psicofármacos en C. P Madrid III<sup>192</sup>

### 9.1.1. Estado actual del tema: estudios previos

#### Prevalencia de la enfermedad mental en el medio penitenciario

En las últimas dos décadas ha ido creciendo en la sociedad occidental el interés por la prevalencia de la patología psiquiátrica en las prisiones. Aunque la verdadera proliferación de estudios en torno al tema tiene lugar a partir del trabajo de Gunn sobre las necesidades de tratamiento psiquiátrico en las prisiones de Inglaterra y Gales en 1991<sup>193</sup>, y sólo más recientemente se convierte en titular de periódicos como Le Monde (en su edición de 17/4/2002) o The Guardian (3/03/03), la semilla de esta atención es probablemente el trabajo de un psiquiatra británico que en 1939 dio su nombre a la llamada “Ley de Penrose”. Básicamente, la ley postulaba que, de acuerdo con las estadísticas de la época, existía una relación inversa entre el número de camas en los hospitales psiquiátricos europeos y el número de encarcelamientos.

Aunque las implicaciones sociales, institucionales y morales de los pormenores de aquel planteamiento han dado lugar a mucha controversia y se ha terminado considerándolo obsoleto, lo cierto es que los estudios más recientes de prevalencia arrojan como resultado prominente un aumento considerable en los últimos años del porcentaje de enfermos mentales entre la población penitenciaria. A continuación (tabla 16) se muestran, por orden cronológico, algunos de los más importantes:

---

<sup>192</sup> Este trabajo fue ganador de accésit de la 3ª edición del Premio de Investigación en Sanidad Penitenciaria, Zaragoza 2006. Se han publicado 2 artículos ALGORA DONOSO I, VARELA GONZALEZ O. “Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro)”. *Revista de Farmacia Hospitalaria*, 2008; vol 32(6):331-338. VARELA GLEZ O, ALGORA DONOSO I, GUTIERREZ BLANCO M, LARRAZ PASCUAL ME, BARRALES TOLOSA L, SANTAMARÍA MORALES A. “Uso de Psicofármacos en Prisión (CP Madrid III)”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2007; vol 9:38-46.

<sup>193</sup> GUNN J, MADEU A, SWINTON M. “Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders”. *BMJ* 1991; vol 303:338-341.

Tabla 16. (N= población a estudio, TOT= prevalencia total de patología mental)

Autor principal	Año	País	N	TOT	afect	psicot	ansied	sustanc	person
Jun	1991	Gran Bretaña	1151	44.7		2	6	23	10
Herrman	1991	Nueva Zelanda	196		12	3		69	
Maden	1995	Gran Bretaña		66		6		39	11
Bushnell	1997	Nueva Zelanda	100					81	
Brinded	2001	Nueva Zelanda	1159	47	13.6	7.6	11.2	15.6	
Fazel	2002	Metanálisis	22790		11	3.85			53.5
Carrá	2003	Italia	990	19.3*	2.4	5.4	5	47	7.3
Pato	2003	España			4.5	7.5	7.5		

En común a todos ellos, la constatación de prevalencias mayores que las que se dan en la población general para todas las categorías de patología mental. Las diferencias más notables, en cambio, se producen en el siempre resbaladizo ámbito de los trastornos de personalidad (una categoría de la que en los últimos años se abusa y que suscita ya muchos recelos en los entornos nosológicos más rigurosos) y en el del abuso de sustancias (algunos estudios no incluyen alcohol, cannabis o benzodiacepinas, etc).

Tras el estudio de Gunn de 1991, muchas han sido las voces que se alzaron para denunciar la necesidad de aumentar los recursos destinados a atender a esta población con problemas psíquicos. El mismo autor, nueve años después (en “Future directions for treatment in forensic psychiatry”), que casi un cuarto de la población de reclusos necesitaba tratamiento y que tan sólo un 7% lo estaba recibiendo<sup>194</sup>.

Sin embargo, y a pesar de que sin duda esta realidad se convierte en un condicionante de peso, la prescripción de psicofármacos en este medio está influida, de acuerdo con la mayoría de los autores, por una compleja red de factores relacionados no sólo por las características singulares del marco penitenciario, sino también por aquellas que definen a la población penitenciaria. La demanda de atención sanitaria relacionada con quejas psíquicas tiene, además de la existencia de un problema mental que sea susceptible de tratamiento, muchos otros motivos (la petición de informes sobre imputabilidad, la

<sup>194</sup> GUNN J. “Future directions for treatment in forensic psychiatry. Forensic Psychiatry Papers”. *British Journal of Psychiatry* 2000; vol 176:332-338.

demanda de ingreso en el medio privilegiado de la enfermería...) <sup>195</sup>. De ahí la necesidad de cribar la demanda de asistencia psiquiátrica e incluso de hacer una detección de patología mental en aquellos internos que no acuden a consulta refiriendo ninguna queja de este tipo. En esta línea apunta la investigación de Brinded en los centros neocelandeses (2001), quien descubre que hasta el 80.8% de los pacientes con un diagnóstico previo al ingreso en prisión de trastorno bipolar recibían un tratamiento durante su estancia en la cárcel, mientras que este porcentaje se reducía a un 37.0% de los internos cuando el diagnóstico era el de esquizofrenia u otras psicosis <sup>196</sup>.

### **Demanda y asistencia médica y psiquiátrica en la población penitenciaria**

En nuestro país, diversos autores han estudiado la demanda de atención psiquiátrica (Espinosa M, en las prisiones catalanas <sup>197</sup>, en el periodo de 1989-2000; Carmona J, en el CP de Jerez, en el periodo 1990-2000 <sup>198</sup>, que se sitúa entre el 9,5 y el 13,8%. Se trata de una población joven (más del 80% tiene entre 18 y 35 años) y alrededor del 60% con toxicomanía. Los diagnósticos más frecuentes en estos estudios son: trastornos adaptativos (20%), trastornos Psicóticos (20%), trastornos afectivos (10%) y sin diagnóstico (9%).

El estudio de Davidson (1995) en las prisiones escocesas señalaba que los síntomas más frecuentemente referidos eran el insomnio (que acumulaba el 40.1% de las quejas); el bajo estado de ánimo (presente en un 34.2 %); distintos síntomas de ansiedad (en el 34.2%); déficit de concentración (un 22.6%) o cansancio (en el 21.6%). Sin embargo, sólo en el 14.1% de los casos examinados existían síntomas francos de depresión, y de ansiedad o agitación en un 10.8%. En este mismo trabajo, el psiquiatra consultor de la prisión había atendido a un 13.9% de los reclusos con motivos exclusivamente periciales

---

<sup>195</sup> PÉREZ E. “¿Psiquiatría penitenciaria?”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2004; vol 6:97-101.

<sup>196</sup> BRINDED PMJ, SIMPSON AIF, LAIDLAW TM, FAIRLEY N, MALCOLM F. “Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; vol 35:166-173.

<sup>197</sup> ESPINOSA MI, LALIGA A. “Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña”. Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2005; vol 7:49.

<sup>198</sup> CARMONA J, HERNÁNDEZ A, GUTIÉRREZ C. “Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Periodo 1990-2000. En: La atención a la salud mental de la población reclusa”. Madrid: AEN Estudios.

y al 12.6% de la población en consulta clínica (siendo el motivo más frecuente de derivación, en un 20% de los casos, las autolesiones)<sup>199</sup>.

Muy en consonancia con estas proporciones están otros estudios que apuntan que entre un 10% (Steadman, 1997, para el Instituto Nacional de Justicia, en USA) y un 22.6% Carrá, en la Prisión de Pavía en 2004 de la población penitenciaria es atendida en algún momento de su estancia en prisión por un psiquiatra<sup>200</sup>. Parece indudable que, a pesar de que los internos de una prisión tienen entre dos y cuatro veces más probabilidad de ser atendidos por un especialista que la población general (de acuerdo con el modelo de Goldberg y Huxley sólo un 4% de los pacientes con patología mental será visitado por un psiquiatra), muchos de los que de verdad lo necesitan no llegarán a ser derivados y otros que acuden a consulta no padecen ninguna enfermedad mental que requiera tratamiento.

La prescripción de psicofármacos es en el medio penitenciario la principal modalidad de actuación ante las quejas psíquicas<sup>201</sup>.

Entre los datos al respecto se incluyen los de Torrey (1995), que encuentra en la prisión de San Diego que un 14% de los varones y un 25% de las mujeres tomaban algún tipo de psicofármaco, o los del trabajo de Hartvig, desarrollado en prisiones noruegas en 2004, con un 23.5% de los internos a tratamiento psicofarmacológico<sup>202</sup>. Y, en nuestro país, Cañas en el 98 encontraría que un 28% de los internos de la prisión de León estaban en tratamiento psicofarmacológico, mientras sólo un 7.6% de la población general de la provincia tomaba un tratamiento de ese tipo<sup>203</sup>.

---

<sup>199</sup> DAVIDSON M, HUMPHREYS MS, JOHNSTONE EC, CUNNINGHAM OWENS DG. "Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Remand Prisoners in Scotland". *British Journal of Psychiatry* 1995; vol 167: 545-548.

<sup>200</sup> CARRÁ G, GIACOBONE C, POZZI F, ALECCI P, BARALE F. "Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2004; vol 13: 47-54.

<sup>201</sup> PÉREZ E. "¿Psiquiatría penitenciaria?". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2004; vol 6: 97-101.

<sup>202</sup> HARTVIG P, OSTBERG B. "Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons". *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; vol 124 (16): 2091-2093.

<sup>203</sup> CAÑAS M. "Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios". *II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria*. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 327.

## **Algunos datos sobre la prescripción de psicofármacos en la prisión**

Aunque no abundan los estudios centrados en el tema, los que hay muestran un amplio consenso en cuanto a diversos aspectos:

- El consumo de psicofármacos en prisión ha aumentado exponencialmente en la última década.

- Los pacientes institucionalizados consumen, por lo general, más fármacos que los que viven habitualmente en su domicilio. Un estudio en ancianos encontró que hasta tres veces más<sup>204</sup>.

- El aumento del consumo es superior al que se ha dado en la población general (aun cuando éste es también muy elevado).

- La partida del gasto de farmacia correspondiente a los fármacos psicotropos se ha constituido en una de las más costosas (junto a la correspondiente a los antiretrovirales, con la particularidad de que estos últimos son tratamientos que obligatoriamente implican la combinación de varios principios activos durante periodos muy prolongados de tiempo).

- La causa principal del incremento de los costes correspondientes a estas medicaciones es el aumento de la proporción de prescripción de fármacos de última generación con respecto a los principios activos más clásicos.

- Otro de los factores más recientemente informados es la altísima frecuencia de uso compasivo de psicofármacos que no cumple los requisitos legales, es decir, la prescripción de una medicación en un uso no incluido entre sus indicaciones aceptadas por los organismos reguladores de farmacia (p.ej. los neurolépticos atípicos en trastornos de la personalidad).

- Se hace necesario racionalizar el uso de los psicofármacos dada la insostenibilidad de la progresión del gasto que genera el mismo.

A continuación se exponen los resultados más sobresalientes de algunos de los trabajos revisados:

---

<sup>204</sup> BLASCO F, MARTINEZ LÓPEZ J, VILLARES P, JIMÉNEZ AI. "El paciente anciano polimedcado: efectos sobre salud y sobre el sistema sanitario". *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005;vol 29:152-158.

- Lund, 2002: Psychiatric Prescribing Trends and Practices in Iowa's prison<sup>205</sup>:

El estudio analiza el incremento del consumo en términos de prescripciones realizadas y de gasto en psicofármacos por las prisiones de Iowa (con un total de 7394 internos) durante la década transcurrida entre 1990 y 2000. Después de corregir el sesgo del aumento que se produjo en la población penitenciaria durante estos años, el estudio arrojó un incremento en 28 veces del gasto (de 291 dólares/ 100 habitantes al año en 1990 a 8138 dólares/ 100 habitantes al año en 2000). Sin embargo el número de dosis mínimas efectivas prescritas sólo se multiplicó por cinco. Al analizar por subgrupos terapéuticos esta progresión, resultó que mientras el número de prescripciones de los antipsicóticos apenas varió a lo largo del tiempo su coste se multiplicó casi por nueve. La razón es la utilización de nuevos antipsicóticos, mucho más caros, que en este trabajo representaron el 27.9% de las prescripciones de este subgrupo, Baillargeon en su estudio del 2001 en Texas encontró que un 12.65% de los neurolépticos consumidos eran también de última generación<sup>206</sup>. Sin embargo, del aumento del gasto en antidepresivos se encontró causa no sólo en la sustitución de los fármacos clásicos por los nuevos antidepresivos, sino también en un incremento del número de las prescripciones; y, globalmente, esta partida dio cuenta del 62.4% del aumento total del gasto.

- Cañas M A, 2001: Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo<sup>207</sup>:

El objetivo de este trabajo (muy similar al que el mismo autor realizó en 1992 y que incluyó a la población carcelaria de las Comunidades de Cantabria, Extremadura y Canarias) fue comparar el consumo en dosis medias diarias de mantenimiento (DDD) de la población carcelaria con el de la población general. En ambos trabajos, los autores hallarían un uso mucho mayor de psicofármacos en el medio penitenciario (ya señalada en el apartado anterior). Por subgrupos, la proporción de pacientes en tratamiento con antipsicóticos en la prisión resultó entre 4 y 6 veces mayor que en la población general;

---

<sup>205</sup> LUND BC, FLAUM M, ADAM L A, PERRY PJ. "Psychiatric Prescribing Trends and Practices in Iowa's Prisons". *Psychiatric Services*, vol 53 nº 8: 1023-1024, 2002.

<sup>206</sup> BAILLARGEON J, BLACK S, "Contreras S et al. Antidepressant prescribing patterns among prison inmates with depressive disorders". *Journal of Affective Disorders*.

<sup>207</sup> CAÑAS MA, CAÑAS J, TORRE MA. "Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2001; vol 3: 106-110.

también en el caso del consumo de ansiolíticos, la prisión multiplicó por tres o por cuatro las cifras de la comunidad; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prescripción de antidepresivos entre los dos ámbitos.

- Carrá, 2003: Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati in una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi<sup>208</sup>:

El estudio, realizado sobre una población penitenciaria de 990 individuos descubrió un 19.3% de patología mental. Al no existir un protocolo de derivación al especialista, los autores resaltan que hay una utilización asimétrica de este recurso con el monopolio de las consultas psiquiátricas por los pacientes psicóticos y los trastornos de personalidad. En cuanto a las prescripciones de psicofármacos durante el periodo de estudio, resaltan las benzodiacepinas y ansiolíticos (35.4% de las prescripciones) como grupo más frecuentemente administrado en todas las categorías diagnósticas, seguido muy de cerca de los antidepresivos (32.1%) también bastante homogéneamente distribuidos entre las distintas patologías. Resulta interesante destacar que los antipsicóticos (el 17.4% de las prescripciones), a pesar de no tener aceptadas otras indicaciones distintas de los trastornos psicóticos y la manía, se prescriben con mucha frecuencia en patologías como los trastornos de personalidad. En cuanto a la proporción de nuevos fármacos, 18 de las 58 prescripciones de antipsicóticos fueron de atípicos (el 31%) y 76 de las 107 prescripciones de antidepresivos correspondieron a fármacos no tricíclicos (el 71%). Los autores concluyen que es urgente establecer un sistema eficaz de cribado de la patología mental como forma de atajar la distribución asimétrica de los recursos hacia el tratamiento farmacológico inapropiado de algunos subgrupos diagnósticos.

- 2006: Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria:

Se realizó una encuesta en sesenta y cuatro centros, todos excepto los psiquiátricos. Los formularios se cumplimentaron entre el día 20 de Noviembre y el 1 de Diciembre. La muestra final fue de un total de mil nueve cuestionarios. Los datos obtenidos sobre la patología psiquiátrica fueron los siguientes: el 25,6% de los internos tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Este porcentaje se eleva al

---

<sup>208</sup> CARRÁ G, GIACOBONE C, POZZI F, ALECCI P, BARALE F. “Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi”. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2004; vol 13: 47-54.

49,6% si consideramos los antecedentes de abuso o dependencia a drogas. La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos.

Desde el punto de vista clínico, el 3,4% (2,3-4,5) padece un trastorno psicótico, el 12,8% (10,7-14,9) un trastorno afectivo, el 9,4% (7,6-11,2) un trastorno de la personalidad, y el 4,2% (3,0-5,4) otros diagnósticos. Es frecuente la existencia de varios diagnósticos psiquiátricos asociados a una misma persona.

Los datos que arrojó el estudio de consumo de psicofármacos fueron: 30,6% (27,7-33,5) de los internos tienen prescrito psicofármacos, según consta en su historia clínica (en este dato no se incluyen los internos con tratamiento de PMM). Entre los psicofármacos más utilizados figuran las benzodiacepinas prescritas el 28,7% de la población, antidepresivos un 15,8% de la población, un 10,65 tienen prescrito uno o varios antipsicóticos (el 7,1% antipsicóticos atípicos, el 3,7% antipsicóticos típicos y un 1,4% antipsicóticos depot). Dentro de estos datos de consumo de psicofármacos hay un 16,65% que consume metadona.

- Salinas, 2007: Utilización de neurolépticos atípicos en el Centro Penitenciarios de Málaga<sup>209</sup>:

En el estudio que realiza de utilización de neurolépticos atípicos (Risperidona, Olanzapina y Quetiapina) en Centro Penitenciario de Málaga durante los años 2003/2004, comparando sus datos con los del Distrito de Atención Primaria de referencia, encuentra un incremento de las prescripciones de éstos, en el Centro Penitenciario y una disminución en Atención Primaria, que coinciden con las intervenciones realizadas por el Sistema Andaluz de Sanidad, encaminadas a incrementar el control, utilizando el visado previo de dispensación.

- Sommers, 1991: Assessing the appropriateness of the prescription of Psychiatric medications in prison<sup>210</sup>:

El trabajo, realizado sobre una muestra randomizada de internos de la prisión del estado de Nueva York, analizaba variables individuales de los internos que podían influir sobre la prescripción o no de psicofármacos. Concluye que la importancia de factores como la

---

<sup>209</sup> SALINAS C, ORTEGA L, RUBIO A, JIMÉNEZ JA. “Utilización de Neurolépticos atípicos en el Centro Penitenciario de Málaga”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2007; vol 9:21-25.

<sup>210</sup> SOMMERS I, BASKIN DR. “Assesing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison”. *J Nerv Ment Dis* 1991; vol 179(5):267-273.



edad, la violencia del crimen o el régimen de seguridad en el que el interno está influyen significativamente en la prescripción de fármacos cuando se corrige para la gravedad clínica de las manifestaciones que el paciente refiere. Esta influencia de condicionantes no clínicos se hace más patente en el caso de que la sintomatología haya sido valorada como leve.

### CONTROVERSIAS ABIERTAS SOBRE EL USO DE LA MEDICACIÓN PSICOTROPA

En relación con el uso de psicofármacos en la población penitenciaria, una revisión bibliográfica exhaustiva pone de manifiesto un viraje en la temática de la discusión científica. Inicialmente, durante los 80 y los 90, se centraba en analizar la importancia relativa de factores no clínicos (socioeconómicos y penales especialmente) que condicionan la prescripción. La literatura llegaba incluso a denunciar un uso punitivo o coercitivo de la administración de este tipo de medicaciones (muy en línea con la obra de Foucault “Vigilar y castigar” están trabajos como el de Monceau, todavía en la Francia de 1991).

En los últimos años, se da por superada la polémica, algunos trabajos como el de Sommers de 1991<sup>211</sup> en la prisión de Nueva York, tratan de demostrar que los criterios predominantes en la actualidad son clínicos, pero ha saltado la alarma de un consumo psicofarmacológico elevadísimo. Así, se ha desviado la atención hacia una comparación de la cuantía, los costes y los perfiles del uso de psicofármacos en el medio penitenciario y en la comunidad; la evaluación de la adecuación de la prescripción; y las posibilidades de racionalización del gasto. En la actualidad, están sobre la mesa aspectos farmacoeconómicos como la eficiencia o no de la sustitución paulatina que se ha producido de los fármacos clásicos en el tratamiento de la depresión o la psicosis por los de última generación<sup>212</sup> o la pertinencia de utilizar los modernos antiepilépticos o neurolépticos en indicaciones aún no aprobadas por los organismos internacionales de farmacovigilancia, aunque ampliamente extendidas (*Oficio de fecha 14/02/2006 de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria sobre el uso compasivo*).

---

<sup>211</sup> SOMMERS I, BASKIN DR. “Assesing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison”. *J Nerv Ment Dis* 1991; vol 179 nº 5:267-273.

<sup>212</sup> LUND BC, FLAUM M, ADAM L A., PERRY PJ. “Psychiatric Prescribing Trends and Practices in Iowa’s Prisons”. *Psychiatric Service* 2002; vol 53 nº 8: 1023-1024.

El conocimiento acumulado hasta el momento en relación con el tema permite analizar diversos **factores que pueden contribuir a que el consumo de psicofármacos en las prisiones suponga un porcentaje primordial del gasto farmacéutico**, superando incluso la proporción de consumo que estos fármacos alcanzan en la comunidad:

-La creciente prevalencia de trastornos mentales en el medio penitenciario que se evidencia en los países desarrollados<sup>213</sup>.

-Las características de funcionamiento del sistema sanitario de la prisión, entre ellas una gran accesibilidad a las consultas médicas y la posibilidad, al ser un medio cerrado, de detección, seguimiento e incluso tratamiento coercitivo de casos que en la comunidad no llegarían a diagnosticarse o se perderían<sup>214</sup>.

-Una elevadísima comorbilidad del abuso de sustancias (ya documentada en apartados anteriores) que condiciona una demanda excesiva de psicofármacos (convertidos en moneda de los más diversos intercambios económicos) y da lugar, con frecuencia, a una prescripción por complacencia que se relaciona no sólo con el conflicto individual en la relación médico-paciente, sino incluso con el nivel de tensión general entre los internos<sup>215</sup>.

-La proliferación actual de medicaciones con el objetivo de modular las conductas disfuncionales en los trastornos de personalidad, diagnóstico que en las prisiones ha pasado de obviarse a alcanzar incluso el 80 % de prevalencia en el estudio de Langeveld en Noruega en 2004<sup>216</sup>.

---

<sup>213</sup> BRINDED PMJ, SIMPSON AIF, LAIDLAW TM, FAIRLEY N, MALCOLM F. "Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; vol 35: 166-173. CARRÁ G, GIACOBONE C, POZZI F, ALECCI P, BARALE F. "Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2004; vol 13: 47-54. HARTVIG P, OSTBERG B. "Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons". *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; vol 124 n° 16: 2091-2093.

<sup>214</sup> CAÑAS MA, CAÑAS J, TORRE MA. "Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2001; vol 3: 106-110.

<sup>215</sup> MONCEAU M, JAEGER M. "a consommation des médicaments psychotropes en prison". *Soins* 1995; vol 598: 41-44.

<sup>216</sup> LANGEVELD H., MELHUS H. "Are psychiatric disorders identified and treated by in prison health services?". *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; vol 124 n°16: 2094-2097.

La discusión sobre la adecuación del perfil actual del uso de psicofármacos en este entorno no discurre, a pesar de lo acuciante que llegará a ser el problema, de continuar la progresión actual, en términos estrictamente económicos. En el ámbito global de la coste-eficacia de los psicofármacos, diversos autores han denunciado, por ejemplo, que la mayoría de las evaluaciones fármacoeconómicas que apoyan el uso de los nuevos antipsicóticos y antidepresivos (responsables en gran parte del salvaje incremento de costes de esta categoría de medicamentos) no cumplen los criterios imprescindibles de rigor científico<sup>217</sup> y no estudian suficientemente el impacto de los nuevos efectos secundarios. Así, recientes estudios señalan que los nuevos antipsicóticos han incrementado la prevalencia de diabetes<sup>218</sup> y que debido a dichos fallos metodológicos no se pueden extraer conclusiones fiables sobre las supuestas ventajas de disminución de hospitalizaciones o mejora del cumplimiento (en el caso de los nuevos antidepresivos respecto a los clásicos, un estudio en las prisiones de Texas, Baillargeon 2000, demostró ventajas de cumplimiento a favor de los antidepresivos tricíclicos, que constituían el 81.2% de las prescripciones de antidepresivos).

En otro orden de cosas, diversas investigaciones señalan que la falta de cumplimiento del tratamiento en el medio penitenciario puede alcanzar niveles importantes y suponer no sólo un gasto inútil, sino un obstáculo para la eficacia de tratamientos que requieren una rigurosa regularidad posológica. Así, incluso en el caso de las medicaciones que se indican en toma directamente observada (la modalidad de tratamiento más estrictamente supervisada), en la prisión de Quatre Camins se cuantificaron casi un 6% de tomas no recogidas, lo que supuso un gasto de 664.532 € en 5 meses<sup>219</sup>. Cuestión ésta que nos remite directamente a la pregunta que en la situación actual y ante el panorama que se acaba de describir sería importante plantearse: ¿el incremento del gasto psicofarmacológico en el medio penitenciario se corresponde verdaderamente con una mejor atención a la población de los centros? Añádase que del grupo de internos en

---

<sup>217</sup> ORTIZ A, DE LA MATA I. “Nuevos antipsicóticos”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2001; vol 25 nº 1: 5-7.

<sup>218</sup> DUGGAN M. “Do new prescription drugs pay for themselves?. The case of second-generation antipsychotics”. *Journal of Health Economics* 2005; vol 24: 1-31.

<sup>219</sup> MEJÍAS V, PARRA N, PÉREZ-AMIGO MP, ORTEGA M, LÓPEZ-ÁLVAREZ E, LATORRE C ET AL. “Impacto económico y humano que supone la no recogida de monodosis de psicofármacos”. *Comunicaciones V Congreso Nacional y VIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*; 2004 Nov 4-6; Alicante.

tratamiento con este tipo de medicación, tan sólo el 15% ha sido revisada por un psiquiatra.

Tras un primer acercamiento al tema, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuántos internos del total de los que acoge el C.P. Madrid III están a tratamiento psicofarmacológico?
- Los que tienen tratamiento psicotropo, ¿suelen estar polimedicados?
- ¿Influyen variables dependientes del individuo (como la edad, la nacionalidad, el grado o la situación penal) en la prescripción o no de psicofármacos, el nº de ellos o el tipo?
- ¿Hay diferencias significativas entre los patrones de consumo de los distintos módulos?
- ¿Con qué frecuencia los tratamientos son supervisados por el psiquiatra?, ¿hay diferencias en el tipo o dosis de medicación entre los pacientes que evalúa y los que no revisa?, ¿existen diferencias entre los porcentajes de derivación de los distintos módulos?
- ¿Es equiparable el consumo de psicofármacos de Valdemoro al de cualquier otra prisión de España?, ¿Se pueden hipotetizar los factores que contribuyen a que el centro ocupe el lugar en el ranking de consumo que ocupa?
- Difiere en cantidad, tipo o nº de principios activos el consumo de psicofármacos de la población de los tránsitos del de los internos con una estancia más prolongada en el Centro?

Con estas preguntas de investigación en mente, al repasar los estudios sobre el tema realizados en otros centros e intercambiar impresiones con los profesionales dedicados a la asistencia sanitaria en prisiones, se formularon las siguientes hipótesis:

- El consumo de psicofármacos en el medio penitenciario ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas, hay mayor proporción de internos que tienen pautado algún fármaco de este tipo y también son más los enfermos mentales en prisión.
- Uno de los factores incidentes en el incremento no sólo del consumo sino del coste es la masiva sustitución de los psicofármacos clásicos por otros de nueva generación con precios más elevados.
- Aunque este mismo aumento en el consumo de psicotropos se ha dado también en Atención Primaria de la comunidad, es probable que el perfil de grupos de psicofármacos

según consumo difiera del de la prisión donde las benzodiacepinas en los problemas de adicción y los antipsicóticos aplicados a la conducta alterada son categorías ampliamente prescritas.

- Es previsible que variables individuales del paciente estén relacionadas con el uso de psicofármacos (edad, nacionalidad de procedencia, situación penal...).

- En cuanto a la adecuación de la prescripción, parecen características del medio: una cierta tendencia a mantener en el tiempo los tratamientos una vez instaurados, más allá de las duraciones recomendadas y un probable abuso de fármacos antipsicóticos atípicos y de los antiepilépticos de última generación (uso compasivo que no sigue la normativa al respecto).

En cuanto a los **objetivos** con este trabajo se pretende satisfacer el **objetivo general** de evaluar las características cuantitativas y cualitativas del consumo de psicofármacos en la prisión de Valdemoro en un periodo de dos semanas estándar del año 2005.

#### **Objetivos Específicos:**

- Cuantificar el consumo de psicofármacos (en términos de cantidad y de costes) global y por subgrupos farmacológicos (p. ej. Benzodiacepinas, antidepresivos, antipsicóticos...).

- Definir posibles variables dependientes del paciente y de su ubicación en el centro asociadas a la prescripción de psicofármacos en aquellos internos pertenecientes a la población fija de nuestro centro.

- Describir el coste de los tratamientos psicofarmacológicos durante el periodo de estudio, la contribución de cada subgrupo y el modelo de gestión del gasto utilizado en el centro.

- Estudiar algunos parámetros indicativos de la adecuación de la prescripción.

#### **9.1.2. Metodología**

##### **Definición de variables**

Teniendo en cuenta la literatura al respecto, se considera relevante, además de las variables-filtro (ver Criterios de Exclusión), toda información referente a los siguientes aspectos:

#### VARIABLES de Resultado:

- tipo de psicofármaco-grupo terapéutico: N06A antidepresivos, N05A antipsicóticos y Litio, ansiolíticos N05B, hipnóticos y sedantes N05C, antiepilépticos N03A
- tipo psicofármaco-principio activo
- dosis (nº dosis diarias de mantenimiento DDD de cada principio activo)
- duración del tratamiento (días dentro del período de estudio)
- precio de la dosis (euros por DDD de cada principio activo) según especialidades genéricas
- precio de la dosis (euros por DDD) según precio máximo ofertado
- precio de la dosis (euros por DDD) según precio mínimo ofertado

#### VARIABLES Explicativas del individuo:

- Tránsito o fijo
- En la población fija:
  - penado o preventivo
  - grado (régimen de vida)
  - año del 1º ingreso en prisión
  - módulo de la prisión en que se encuentra
  - edad
  - extranjero o nacional

#### VARIABLES Explicativas del tratamiento:

- prescripción urgente u ordinaria
- prescripción revisada por psiquiatra
- médico prescriptor (conocido a través del módulo, pues cada médico tiene asignado un módulo con carácter fijo y no hubo variaciones durante el período de estudio)
- nº DDDfs por paciente
- nº de principios activos /paciente

## MUESTREO Y RECOGIDA DE DATOS

Se recopilaron a día 6-6-05 todas las órdenes médicas de tratamiento enviadas a la Farmacia con anterioridad y que en ese momento seguían vigentes que incluían algún psicofármaco, lo que representa un corte transversal de los internos sujetos a prescripción de psicofármacos. Los datos se obtuvieron de las fichas de tratamiento que hay en la Farmacia del centro. Estas fichas son utilizadas por los auxiliares de enfermería a la hora de repartir la medicación, distribución que se realiza o bien semanal o a diario según criterio del médico. La información que contienen incluye: nombre del interno, los fármacos, sus dosis y la fecha de inicio y fin de la prescripción. Las fichas se llevan a los módulos todos los días junto con la medicación que se reparte.

El resto de nuevas prescripciones, suspensiones de tratamientos previos y cambios desde el día 7 de junio al 19 de junio, ambos incluidos, se han ido recogiendo a diario mientras duró el estudio. De nuevo, los datos procedían de las hojas de tratamiento que se llevaban a la Farmacia tras pasar consulta de cada módulo incluida la enfermería, para preparar la medicación.

Los inyectables, tratamientos directamente observados y urgencias se recogieron del Libro de Enfermería que hay en la sala de curas.

La información relativa a los tránsitos e ingresos se ha recogido de un protocolo específicamente diseñado al efecto para el estudio.

Por otra parte, se consiguió copia de las hojas de tratamiento médico de los internos en tránsito que llegaron desde otros centros penitenciarios durante el período de estudio. Todos estos datos fueron informatizados en un archivo Excel, que incluía las variables:

Número de Identificación de Seguridad (NIS)

- fecha
- módulo al que pertenece el interno
- principio activo
- dosis diaria total en miligramos
- fecha de la prescripción
- fecha de suspensión

-tránsito o fijo

-urgencia o prescripción ordinaria

Cada módulo tiene un médico general asignado con carácter estable, lo que hace que la variable módulo da información indirecta del médico prescriptor. Por otra parte, la especialista en psiquiatría supervisa los tratamientos, previa derivación, de la totalidad de los internos. Se creó una nueva variable para definir a aquellos internos cuyas prescripciones estaban revisadas por la psiquiatra, a partir del listado de pacientes vistos en la consulta de psiquiatría en el último año.

Posteriormente, a partir del sistema de información de Régimen Penitenciario, se localizaron las fechas de nacimiento correspondientes a los NIS sujetos a prescripción de psicofármacos, con lo que se incluyó la variable edad. La fecha del primer ingreso en prisión se obtuvo a partir del NIS.

A partir de las fechas de prescripción y suspensión del tratamiento, se creó otra variable, “duración en días de la prescripción”. Esta variable se calculó para el período de estudio, por lo que la duración máxima es de 14 días.

Para el cálculo de las DDD, se utilizaron los valores de referencia para cada principio activo del Nomenclator Digitalis actualizado a 2005.

El valor de la Dosis Diaria de Mantenimiento (DDD) se define como la dosis media de mantenimiento de un medicamento, cuando se usa en su principal indicación, en adultos y para una determinada vía de administración. Se trata de una unidad técnica de medida del consumo de medicamentos de validez internacional y que se utiliza para los estudios descriptivos de la utilización de medicamentos.

En general, el número de DDD consumidas en un país o en una región o en centro determinado se expresa por 1000 habitantes y por día (Dosis Habitante Día o DHD). Este parámetro proporciona una idea aproximada del volumen de población tratada diariamente con una dosis habitual de determinado fármaco (nº de pacientes por cada mil habitantes que reciben un medicamento determinado al día).

El nº de DDD correspondiente a cada prescripción se calculó mediante el producto de la dosis diaria en miligramos por el valor de DDD asignado al principio activo en la clasificación oficial vigente (Nomenclator Digitalis 2005). A partir de las fechas de inicio y suspensión de la prescripción, se calculó el número de días válidos dentro del período



(hasta un máximo de catorce, para aquellas prescripciones que se mantuvieron a lo largo de las dos semanas). Finalmente, la Dosis Habitante Día (DHD) se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$DHD = (\sum \text{DDD en 14 días} / 1368 \times 14) \times 1000 \text{ ó } 100 \text{ habitantes}$$

Siendo 1368 el número total de internos a mitad de período.

Se recodificaron los principios activos en cinco variables, una por subgrupo terapéutico según la Clasificación ATC (ver tabla 17). En una segunda recodificación, se crearon tres nuevas variables para clasificar los antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos en clásicos y nuevos o atípicos.

El registro del consumo de psicofármacos que son combinación de varios principios activos se realizó de acuerdo con las reglas de codificación de las DDD.

La única presentación farmacéutica que combina principios activos de las que se consumieron durante este periodo fue el NOBRITOL tanto Normal como Forte que contiene Amitriptilina y Medazepam en combinación (12,5/5 y 25/10 mg respectivamente).

Tabla 17. Subgrupos terapéuticos según Clasificación ATC.

Nombre	Código
Antiepilépticos	N03A
Antipsicóticos	N05A
Ansiolíticos	N05B
Hipnóticos y Sedantes	N05C
Antidepresivos	N06A

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la depuración lógica de la tabla de datos que contenía toda la información de las prescripciones, para garantizar la calidad de la información.

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se resumen en media y desviación estándar (DS) o en mediana y rango intercuartílico (RIQ) en caso de no ajustarse a una distribución

normal. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de  $\chi^2$  de Pearson y el test exacto de Fisher cuando la frecuencia esperada era inferior a 5 en más del 25% de los casos. La comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas se ha efectuado mediante los tests de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas se ha empleado la prueba t de Student, en caso de distribución normal, y el test de la mediana para las variables resumidas en mediana y RIQ. En todos los contrastes de hipótesis se ha asumido un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ). Los programas informáticos empleados para el análisis estadístico han sido SPSS v.12 y CIA.

#### **Método para depurar la tabla de datos**

- ◆ Extraer rangos de las frecuencias de todas las variables y cotejar los casos con valores anormales.
- ◆ Realizar una comprobación aleatoria del 10% de registros completos.
- ◆ Revisar aquellas variables que dieron problemas en la introducción de datos.
- ◆ Comprobar que todos los NIS tenían la longitud correcta y corregir los errores detectados.

#### **9.1.3.Consideraciones éticas**

Al tratarse de un estudio cuyo objetivo era evaluar el patrón actual de uso de los psicofármacos y dado que no se introdujo durante el estudio variación alguna en el proceder habitual de la prescripción de este tipo de medicación ni se solicitaron a los internos datos distintos de los que se recogen rutinariamente, no fue necesario solicitar consentimiento informado a los pacientes, de acuerdo con las convenciones internacionales al respecto.

Para respetar la confidencialidad de las personas implicadas y no entrar en conflicto con la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, en las bases de datos utilizadas para el análisis estadístico de la investigación, no se incluyeron variables que revelasen la identidad, ni de los internos a estudio ni de los profesionales que los atienden. Para ello, en la extracción de los datos de los pacientes se omitieron las variables identificadoras, utilizando exclusivamente el número de NIS. Dicho número se adjuntó temporalmente a la base de datos del estudio, sólo hasta haber verificado la calidad en la introducción de los datos, después se eliminó.

Se dio noticia a los responsables del centro y a los de Instituciones Penitenciarias de las características y curso de la investigación, amén de obtener las autorizaciones pertinentes.

#### **9.1.4. Resultados**

NOTA: para una correcta interpretación de los resultados, será necesario distinguir entre los datos que utilizan como referencia a los internos (pacientes) y aquellos que arrojan información sobre las prescripciones.

Definición de la variable prescripción: *emisión diaria de una orden de tratamiento de la administración de un psicofármaco en dosis y duración definidos (la característica registrada es el número de DDDs/día).*

##### **9.1.4.1. Proporción de la población que tiene prescrito algún psicofármaco**

**321 internos tenían prescrito algún psicofármaco durante el periodo de estudio.**

**Población total a estudio: 1099 internos de población fija sumando todos los módulos + 268 tránsitos =1368 internos.**

$321/1368 = 23,46\%$  de la población tiene prescrito algún psicofármaco.

**Intervalo de Confianza del 95% = 21,29%-25,78%**

##### **9.1.4.2. Proporción de la población revisada por el psiquiatra en el último año**

Tomando como punto de corte el día 6/06/05, el 15,5% de los internos de la prisión habían sido valorados por el psiquiatra en algún momento en el último año (Intervalo de Confianza del 95%= 13,4%-17,8%). De este 15,5% un porcentaje difícil de determinar no consumía ya psicofármacos (ya que del 20,5% de internos que recibió durante el estudio este tipo de tratamientos, sólo un 30,8% había sido revisado en el último año por la psiquiatra).

#### 9.1.4.3. Distribución de acuerdo con el número de psicofármacos prescritos

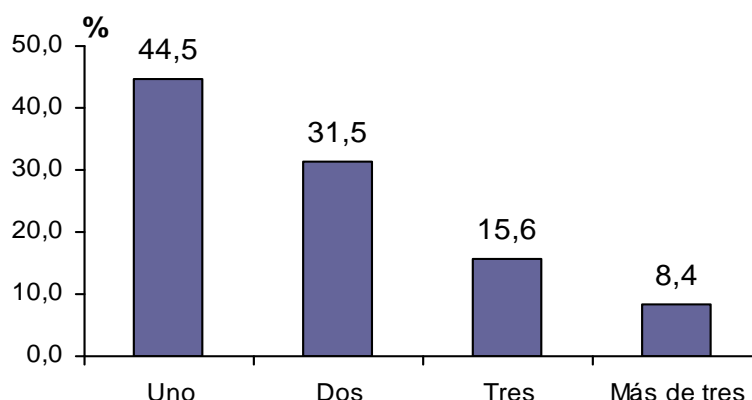


Figura 21. Distribución de los internos según el número de psicofármacos prescritos por interno.

Como se ve reflejado en la figura 21, el 76% de los internos que tenían prescrito algún medicamento psicotropo tomaban en ese momento uno o dos fármacos de ese tipo (por ejemplo, un antidepresivo y un hipnótico), el 24% restante estaban recibiendo tres o más.

Tabla 18. Distribución de los internos según el número de psicofármacos prescritos.

Categoría	N	%	IC 95%
Uno	143	44,5	39,2 – 50,0
Dos	101	31,5	26,6 – 36,7
Tres	50	15,6	12,0 – 19,9
Más de tres	27	8,4	5,8 – 12,0

#### 9.1.4.4. Consumo de psicofármacos en DDDs

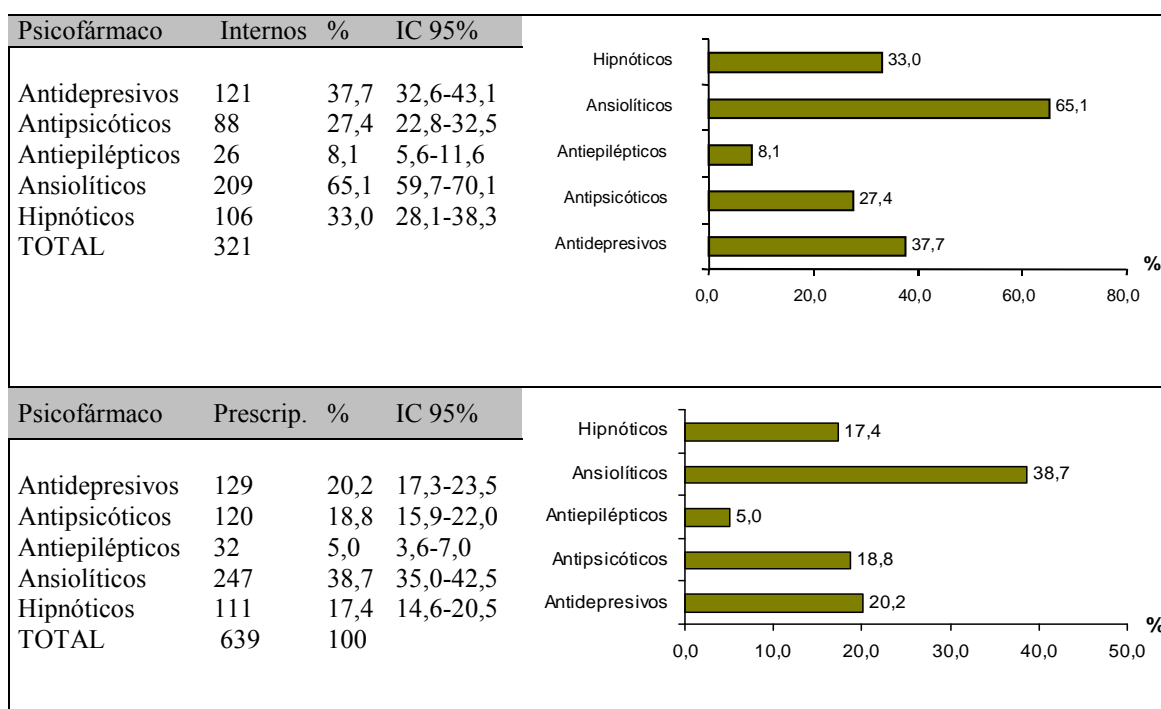
Entre los días 6 y 19 de junio de 2005, se anotaron en las fichas de tratamiento 639 prescripciones de psicofármacos. El consumo total en DDDs que supusieron estas prescripciones ascendió a 9839,74 DDDs en esas 2 semanas lo que, traducido a Dosis Habitante Día, supone 513,77 DDDs por 1000 internos al día.

#### 9.1.4.5. Distribución por subgrupos de psicofármacos de las prescripciones y de los internos

En la tabla 19 se expresan las distribuciones por subgrupos de psicofármacos de los internos con tratamiento de este tipo y de prescripciones anotadas durante el periodo a estudio.

La razón de que los porcentajes de internos con medicaciones de distintos subgrupos no sumen el 100% es que un interno puede acumular prescripciones de distintos psicofármacos (p. ej. Un ansiolítico y un antidepresivo, con lo que estaría incluido en el 37,7% de pacientes a tratamiento con antidepresivos y también computaría en el 65,1% de internos con ansiolíticos).

Tabla 19. Distribución por subgrupos de psicofármacos de internos y de prescripciones.



Los dos subgrupos de psicofármacos más prescritos son los ansiolíticos y los antidepresivos tanto por el porcentaje de internos que los reciben como por el número de prescripciones. Destacan el hecho de un 27,4 % de los internos que reciben algún psicofármaco tenga prescrito algún antipsicótico y que los subgrupos de ansiolíticos e hipnóticos (mayoritariamente derivados benzodiacepínicos) sumen el 56,1% de las prescripciones (más de la mitad).

#### 9.1.4.6. Distribución de DDDs por subgrupos de psicofármacos

Tabla 20. Rangos de consumo de los distintos subgrupos terapéuticos.

Subgrupo	DDD (% del total)	DHD x100internos/día	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
<b>Antidepresivos</b>	1680,84 (17%)	8,66	9,38	14	14
<b>Antipsicóticos</b>	1358,91 (14%)	7	3,5	7	14
<b>Ansiolíticos</b>	4495,02 (46%)	23,17	6,93	14	28
<b>Hipnóticos</b>	2089,09 (21%)	10,77	14	14	28
<b>Antiepilépticos</b>	475,84 (5%)	2,45	5,55	3,5	8,96

#### 9.1.4.7. Distribución de las prescripciones por subgrupos y por principios activos

Tabla 21. Distribución prescripciones por subgrupos y por principios activos.

Psicofármaco	n	%	Psicofármaco	N	%
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
Amitriptilina	33	25,6	Amisulpiride	1	0,8
Citalopram	4	3,1	Clotiapina	4	3,3
Clomipramina	1	0,8	Haloperidol	6	5,0
Escitalopram	2	1,6	Levomepromacina	8	6,7
Fluoxetina	17	13,2	Litio	5	4,2
Mirtazapina	31	24,0	Olanzapina	32	26,7
Paroxetina	24	18,6	Perfenacina	1	0,8
Sertralina	5	3,9	Quetiapina	18	15,0
Trazodona	3	2,3	Risperidona	16	13,3
Venlafaxina	9	7,0	Risper. Consta	13	10,8
Total	129	100,0	Sulpirida	2	1,7
			Tiaprida	2	1,7
<b>ANTIPILEPTICOS</b>			Ziprasidona	1	0,8
Carbamacepina	3	9,4	Zuclopentixol	5	4,2
Gabapentina	14	43,8	Zuclop. Depot	6	5,0
Oxcarbamacepina	2	6,3	Total	120	100,0
Topiramato	13	40,6			
Total	32	100,0	<b>HIPNÓTICOS</b>		
<b>ANSIOLÍTICOS</b>			Clormetiazol	1	0,9
Alprazolam	5	2,0	Doxilamina	7	6,3
Bromazepam	27	10,9	Flurazepam	6	5,4
Clonazepam	41	16,6	Lormetazepam	76	68,5
Clorazepato	50	20,2	Midazolam	2	1,8
Diazepam	53	21,5	Zaleplon	13	11,7
Diazepam + Sulpiride	3	1,2	Zolpidem	5	4,5
Ketazolam	11	4,5	Zopiclona	1	0,9
Lorazepam	27	10,9	Total	111	100,0
Medazepam	27	10,9			
Hidroxizina	3	1,2			
Total	247	100,0			

En la distribución por subgrupos y principios activos de las prescripciones (independientemente de la dosis que recibe el paciente) destacan las siguientes sustancias:

-Entre los **antidepresivos**: el primer puesto con casi 1/4 de las prescripciones para la Amitriptilina y en un rango similar la Mirtazapina (ambos principios activos suman el 49,6% de todas las órdenes de tratamiento con antidepresivos registradas durante el periodo de estudio). El tercer puesto lo ocupa la Paroxetina con un 18,6% de las prescripciones.

-En el grupo de los **antipsicóticos** las prescripciones están más repartidas entre las distintas sustancias. Sin embargo, la Olanzapina acumula el 26,7% de las órdenes de tratamiento, seguida de la Quetiapina (15%) y de la Risperidona (13,3%). El conjunto de estos tres fármacos justifica un 55% de las prescripciones de antipsicóticos.

-Entre los **antiepilépticos** con utilidad potencial en patología psiquiátrica, la Gabapentina y el Topiramato suman el 84,4% de las prescripciones.

-Del subgrupo de los **hipnóticos** destaca el hecho de que más del 68,5% de las órdenes de tratamiento correspondan al Lormetazepam.

-Entre los **ansiolíticos**, las prescripciones están más repartidas y ninguno de los principios activos acumula porcentajes que alcancen el 25%. Así, las sustancias más prescritas son el Diacepam (el 21,5%), el Clorazepato (20,2%) y el Clonazepam (16,6%).

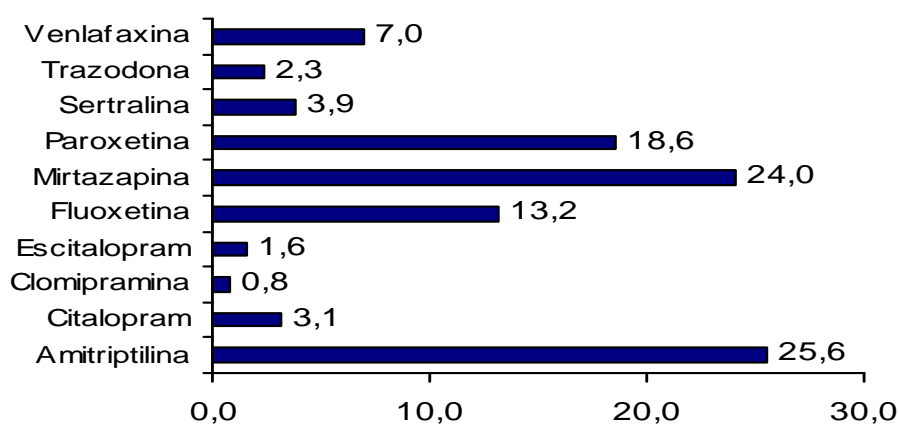


Figura 22. Distribución de los antidepresivos según principio activo.

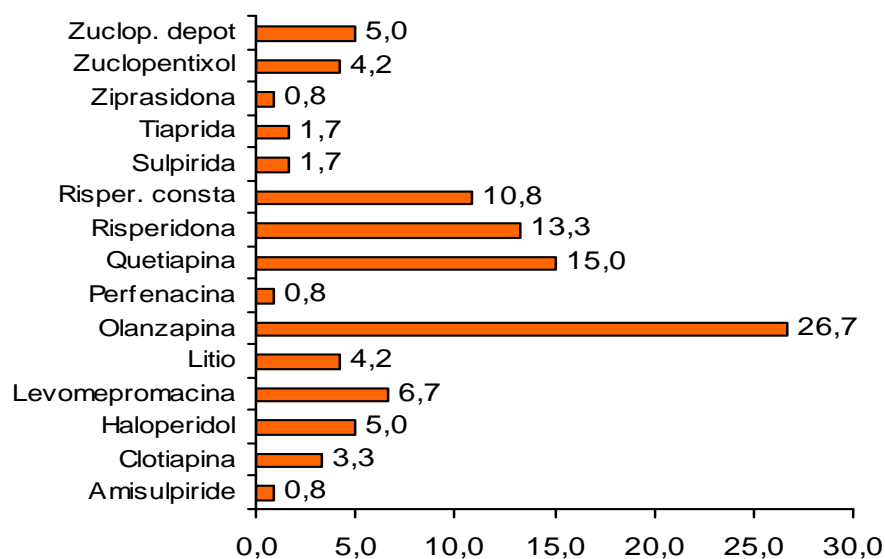


Figura 23. Distribución prescripciones antipsicóticos según principio activo.

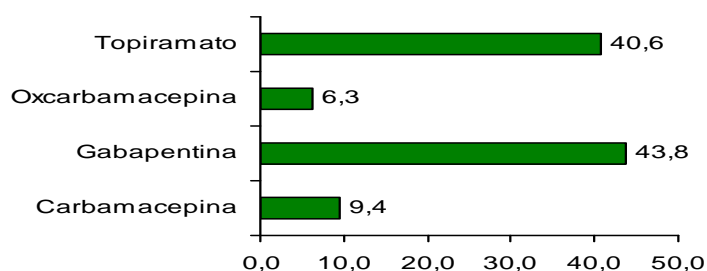


Figura 24. Distribución prescripciones antiepilépticos según principio activo.

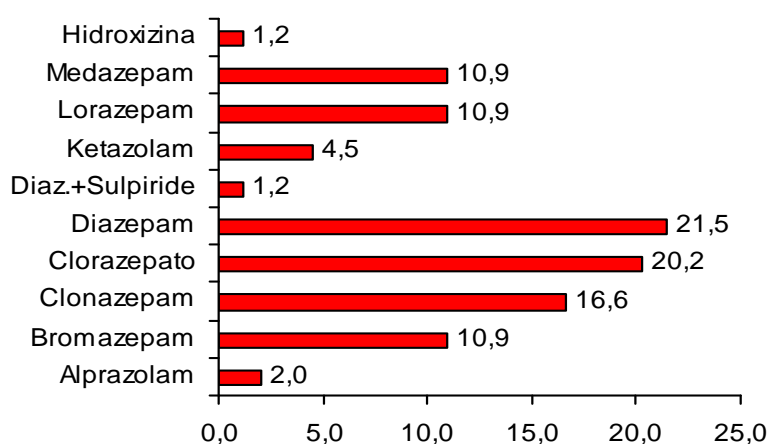


Figura 25. Distribución prescripciones de ansiolíticos según principio activo.



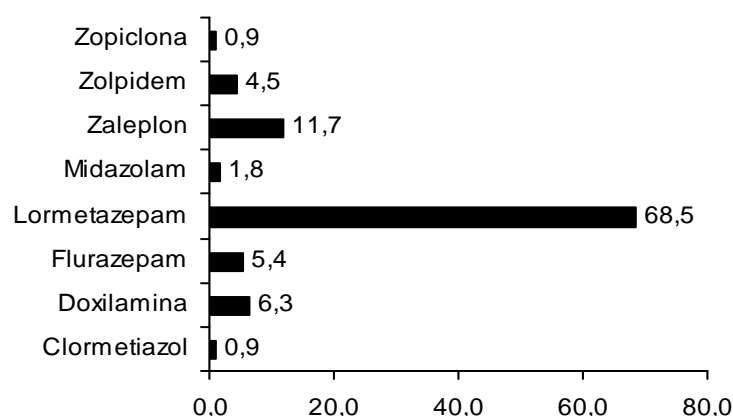


Figura 26. Distribución prescripciones de hipnóticos según principio activo.

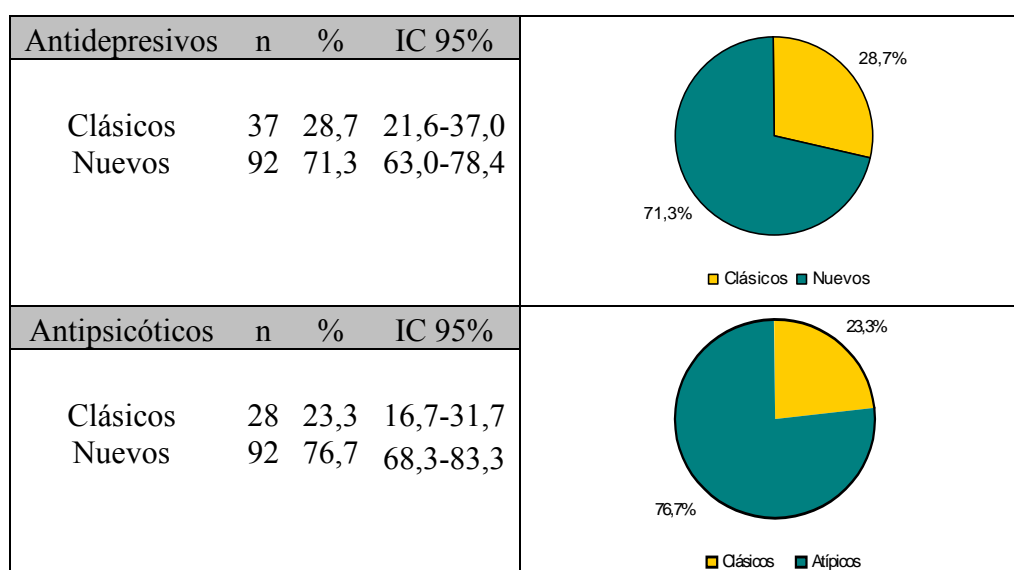
#### 9.1.4.8. Distribución de las prescripciones entre psicofármacos clásicos y nuevos

La información que se incluye a continuación se refiere exclusivamente a aquellos subgrupos de psicofármacos en los que existe una delimitación consensuada entre sustancias consideradas “clásicas” o “antiguas” y sustancias “nuevas”. Los subgrupos corresponden a los antidepresivos (p.ej. la Amitriptilina, un principio activo clásico y la Mirtazapina, uno nuevo), los antipsicóticos y los antiepilépticos. Por lo tanto, las prescripciones de Benzodiacepinas no están reflejadas aquí.

Tabla 22. Distribución prescripciones según fármacos Clásicos/ nuevos.

Categoría	N	%	IC 95%
Clásicos	109	34,0	29,0 – 39,3
Nuevos	212	66,0	60,7 – 71,0

Tabla 23. Distribución prescripciones según clásicos / nuevos por subgrupo.



#### 9.1.4.9. Distribución de la cantidad de dosis diarias de mantenimiento prescritas por subgrupos de psicofármacos y por principios activos (agrupados)

La Tabla 24 aporta nueva información con respecto a los rangos de dosis a los que se prescriben los distintos psicofármacos. Aquellos valores que se aproximen a 14 DDDs/periodo (14 días) estarán cerca de las dosis definidas como de mantenimiento para las principales indicaciones del fármaco, las medias superiores o inferiores indicarán que el fármaco se prescribe por regla general a dosis mayores o menores de las recomendadas.

Tabla 24. Distribución DDD de periodo por prescripción según subgrupos de psicofármacos.

Psicofármaco		Media (DE)	Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	p valor*
<b>Antidepresivos</b>				
	Tricíclicos	9,8 (5,9)	9,3 (4,6-9,3)	0,003
	ISRS	15,0 (7,3)	14,0 (12,5 –14,0)	
	Mirtazapina	12,7 (3,6)	14,0 (14,0-14,0)	
	Venlafaxina	16,0 (6,6)	21,0 (11,3-21,0)	
<b>Antipsicóticos</b>				
	Olanzapina	14,1 (9,9)	14,0 (7,0-14,0)	<0,001
	Quetiapina	5,1 (4,7)	3,5 (3,5-7,0)	
	Risperidona	6,3 (4,4)	5,4 (3,2-8,4)	
	Risperidona consta	14,7 (8,9)	14,0 (9,0-21,0)	
	Otros	12,8 (30,9)	3,8 (1,5-8,9)	
<b>Antiepilépticos</b>				
	Carbamacepina, Oxcarbamacep.	5,3 (2,1)	5,6 (3,5-7,0)	0,008
	Gabapentina	8,4 (2,8)	9,4 (5,9-9,4)	
	Topiramato	4,7 (3,4)	4,6 (2,0-7,0)	
<b>Ansiolíticos</b>				
	Alprazolam	40,4 (16,3)	42,0 (24,0-56,0)	<0,001
	Broma-, Lora-, Meda- zepam	10,3 (13,0)	6,2 (3,4-9,5)	
	Clonazepam	45,3 (29,0)	65,0 (20,1-70,0)	
	Clorazepato	14,0 (9,1)	14,0 (7,0-14,0)	
	Diazepam	5,6 (3,2)	7,0 (2,0-7,8)	
	Diazepam + Sulpiride	16,8 (12,4)	14,0 (7,0-27,0)	
	Ketazolam	6,5 (6,7)	4,6 (1,0-14,0)	
<b>Hipnóticos</b>				
	Zolpidem, Zaleplon, Zoplicona	13,4 (6,3)	14,0 (7,0-14,0)	<0,001
	Lormetazepam	22,1 (16,7)	28,0 (14,0-28,0)	
	Flurazepam, Midazolam	11,3 (5,1)	14,0 (8,5-14,0)	
	Doxilamina, Clormetiazol	8,0 (5,5)	6,3 (4,1-14,4)	

\* Significación estadística del test de la mediana en todos excepto en los antiepilépticos(Kruskall-W)

#### 9.1.4.10. Distribución de las prescripciones por subgrupos de psicofármacos en los distintos módulos

Existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en la distribución por tipo de psicofármacos prescritos en los distintos módulos, salvo en el caso de los antiepilépticos.

Así, se prescriben significativamente más antidepresivos en los módulos ordinarios de pacientes fijos y en el 4 y aislamiento, donde hasta un 23,1% de las prescripciones en el primer caso y un 21,7% en el segundo corresponden a este tipo de medicaciones y estos porcentajes son significativamente menores en la enfermería, donde sólo un 3,7% de las órdenes de tratamiento eran de antidepresivos.

En cuanto al subgrupo de antipsicóticos destaca la uniformidad de los porcentajes dentro del centro, salvo en el módulo de enfermería donde este tipo de fármacos supusieron durante el periodo de estudio hasta el 70% de las prescripciones. En el caso de los tránsitos, las proporciones de antipsicóticos (un 23,7%) son superiores a las del centro y las diferencias son significativas.

La proporción de prescripciones que se corresponde con fármacos ansiolíticos es superior (el 50%) entre los internos de los módulos 4 y aislamiento, y hay una cierta homogeneidad entre los internos de módulos ordinarios del centro y aquellos procedentes de otras prisiones y que están sólo de paso. En el módulo de enfermería una proporción significativamente menor de las órdenes de tratamiento corresponde con benzodiacepinas.

Tabla 25. Distribución prescripciones de psicofármacos por módulos.

Psicofármaco	N	N	%	IC 95%	p valor
<b>Antidepresivos</b>					
Tránsitos	219	43	19,6	14,9 – 25,4	0,05
Aislamiento + M 4	60	13	21,7	13,1 - 33,6	
Enfermería	27	1	3,7	0,7 – 18,3	
Resto de módulos	312	72	23,1	18,7 - 28,1	
<b>Antipsicóticos</b>					
Tránsitos	219	52	23,7	18,6 – 29,8	< 0,001
Aislamiento + M 4	60	8	13,3	16,9 – 24,2	
Enfermería	27	19	70,4	51,5 – 84,1	
Resto de módulos	312	41	13,1	9,8 – 17,3	
<b>Antiepilépticos</b>					
Tránsitos	219	14	6,4	3,8 – 10,4	0,65
Aislamiento + M 4	60	2	3,3	0,9 – 11,4	
Enfermería	27	2	7,4	2,1 – 23,4	
Resto de módulos	312	14	4,5	2,7 – 7,4	
<b>Ansiofíticos</b>					
Tránsitos	219	87	39,7	33,5 – 46,3	0,04
Aislamiento + M 4	60	30	50,0	33,7 – 62,3	
Enfermería	27	5	18,5	5,9 – 28,0	
Resto de módulos	312	125	40,1	34,8 – 45,6	
<b>Hipnóticos</b>					
Tránsitos	219	26	11,9	8,2 – 16,8	< 0,001
Aislamiento + M 4	60	11	18,3	10,6 – 29,9	
Enfermería	27	0	0,0	0,0-12,5	
Resto de módulos	312	74	23,7	19,3 – 28,7	

#### 9.1.4.11. Porcentaje de internos que tienen prescrito algún psicofármaco por módulos

Tabla 26. Distribución de los internos con psicofármacos por módulos.

Módulo	Nº de internos	Con prescripción	%	IC 95%
Enfermería	36	9	25,0	13,8 – 41,1
Aislamiento	13	8	61,5	35,5 – 82,3
Tránsitos	293	110	37,5	32,2 – 43,2
Módulo 9	124	17	13,7	8,7 – 20,9
Módulo 8	125	20	16,0	10,6 – 23,4
Módulo 7	91	16	17,6	11,1 – 26,7
Módulo 6	137	26	19,0	13,3 – 26,4
Módulo 5	138	16	11,6	7,3 – 18,0
Módulo 4	45	27	60,0	45,5 – 73,0
Módulo 3	136	22	16,2	10,9 – 23,3
Módulo 2	124	34	27,4	20,3 – 35,9
Módulo 1	130	30	23,1	16,7 – 31,0
Total	1392	335*		

\* El total de internos supera los 321 porque hay 14 internos con estancia en más de un módulo durante el estudio.

Como ilustra la tabla anterior, existirían tres niveles: en primer lugar el módulo 4 y el de aislamiento con una proporción de internos a tratamiento de un 60% y un 61,5% respectivamente, a continuación el conjunto de los tránsitos, medicados en un 37,5% de los casos y después, con alguna uniformidad en los porcentajes (entre un 11 y un 27%), el resto de módulos del centro.

A continuación se representan, agrupando los módulos, los internos a tratamiento con algún psicofármaco. El 33% de esta subpoblación de gente en tratamiento lo constituyen internos procedentes de otras prisiones y que están de paso en el centro. La enfermería alberga a un 1,6 % de los internos que reciben psicotropos y los módulos 4 y aislamiento agrupados al 9,7%. El resto, corresponde a pacientes que están en módulos “ordinarios”.

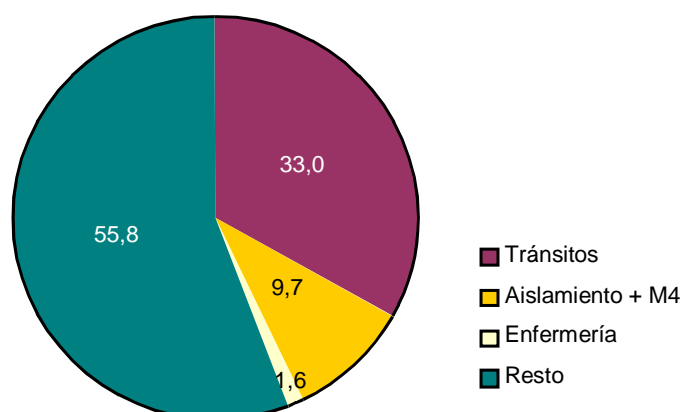


Figura 27. Distribución internos con psicofármacos por módulos

#### 9.1.4.12. Gasto total del periodo

El gasto total del periodo asciende a 5.379,27 € (que costaron los psicofármacos prescritos en el centro durante las 2 semanas que duró el estudio).

NOTA: Para el cálculo del gasto en este apartado se han utilizado los precios de compra durante el periodo a estudio del 2005 correspondientes a la mejor oferta recibida en la Farmacia del centro (que no necesariamente correspondía a fármacos genéricos, a pesar de que se contaba con ofertas de laboratorios genéricos para todos aquellos principios activos que en aquel momento disponían de ellas).

Tabla 27. Distribución del gasto (€) por subgrupos de psicofármacos.

Módulo	Total €	Mediana	P <sub>25</sub>	P <sub>75</sub>
Antidepresivos	608,72	6,30	1,80	7,28
Antipsicóticos	3856,74	14,17	2,55	45,78
Antiepilépticos	442,53	10,17	6,68	16,28
Ansiolíticos	341,89	0,67	0,38	1,44
Hipnóticos	108,26	0,56	0,28	0,93

\* Test de la mediana (global):  $p < 0,0001$

De acuerdo con la información contenida en la tabla anterior el gasto en antipsicóticos (3856,74 €) supone más del 50% del gasto total (el 71,7%), seguido, muy de lejos, por el gasto en antidepresivos (608,72 €). La partida más barata corresponde a la de los ansiolíticos e hipnóticos (ambas suman el 7,4% del total de gasto en psicofármacos durante el periodo a estudio).

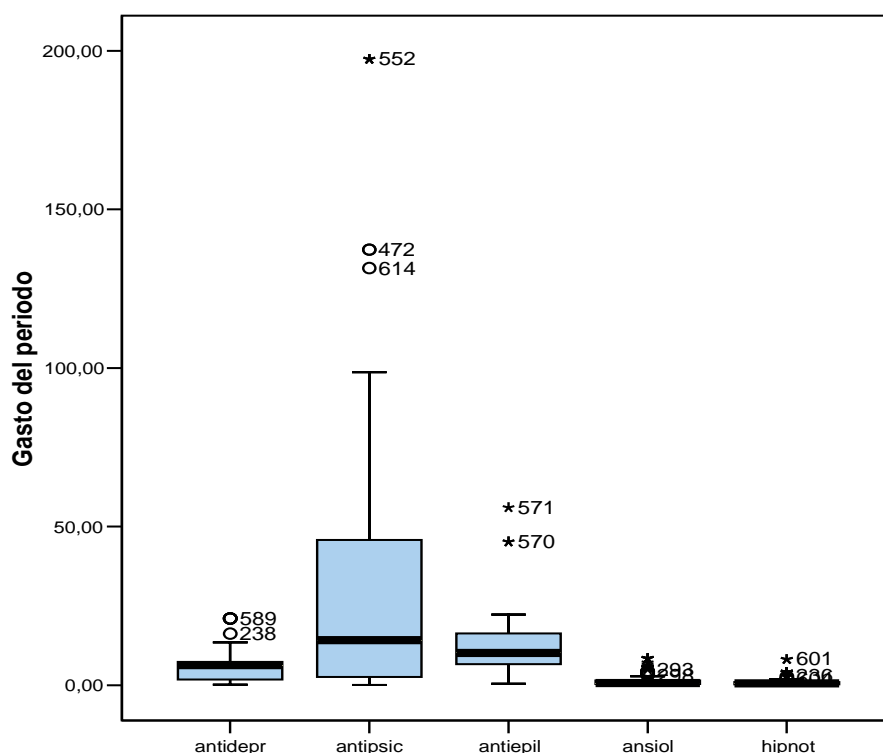


Figura 28. Gasto del periodo en psicofármacos por subgrupos.

En la figura anterior se representan las oscilaciones de gasto que supusieron las prescripciones a lo largo de las dos semanas que duró la investigación de cada subgrupo de psicofármacos. La línea gruesa central representa la media de gasto por prescripción a lo largo del periodo y el intervalo coloreado en azul los costes de las prescripciones entre el percentil 25 y el 75. El intervalo más amplio expresa los valores extremos. Se hace patente, así, que las prescripciones de benzodiacepinas tienen precios similarmente bajos y que sin embargo el tratamiento con antipsicóticos de un paciente durante catorce días puede oscilar de forma importante en función del principio activo que se prescriba, de forma que algunos de estos tratamientos alcanzan los precios más elevados.

#### 9.1.4.13. Gasto en psicofármacos por módulo

A continuación se representan los valores mediana, percentil 25 y percentil 75 del gasto por prescripción/día en cada uno de los módulos.

Las diferencias encontradas en el rango de gasto son significativas estadísticamente con  $p < 0,001$ .

Destaca como fuente del mayor gasto el módulo de enfermería (mediana de 11,95 €) seguido del módulo 7 (3,04 €) y de los módulos de tránsitos y aislamiento (2,80 €), todos ellos valores muy superiores a la mediana resultante de los módulos “ordinarios” de la población fija del centro (cuya mediana resultó de 0,90 €).

Tabla 28. Distribución del gasto (€) por módulos.

Módulo	Mediana	P <sub>25</sub>	P <sub>75</sub>
Módulo 1	0,90	0,49	2,98
Módulo 2	1,12	0,56	3,36
Módulo 3	0,56	0,26	1,12
Módulo 4	1,12	0,66	3,36
Módulo 5	0,61	0,28	2,34
Módulo 6	0,66	0,30	4,48
Módulo 7	3,04	0,86	16,48
Módulo 8	0,61	0,26	4,17
Módulo 9	1,12	0,37	6,30
Tránsitos e ingresos	2,80	0,66	7,56
Aislamiento	2,80	0,56	21,00
Enfermería	11,95	1,68	38,34
Total	1,40	0,56	6,48
Módulos agrupados*	Mediana	P <sub>25</sub>	P <sub>75</sub>
Tránsitos	2,80	0,66	7,56
Aislamiento + M4	1,30	0,56	4,06
Enfermería	11,95	1,68	38,34
Resto	0,90	0,38	4,06

\* Test de la mediana global:  $p < 0,001$

Como puede observarse en la Tabla 28, el módulo de enfermería tiene una mediana de gasto significativamente más alta que el resto de los módulos. Se utiliza la mediana y los percentiles 25 y 75 como consecuencia de la variabilidad observada en la distribución del gasto, especialmente en el módulo de enfermería; la media no es por lo tanto representativa del gasto, al verse afectada por los valores extremos. Al evaluar específicamente las diferencias existentes entre módulos se obtienen los siguientes resultados significativos:

- Tránsitos vs Aislamiento + M4:  $p = 0,02$
- Tránsitos vs Enfermería:  $p < 0,0001$
- Aislamiento + M4 vs Enfermería:  $p = 0,008$
- Enfermería vs Resto:  $p = 0,001$



#### 9.1.4.14. Gasto en psicofármacos por principios activos (agrupados según la categoría a la que pertenece cada sustancia psicotropa)

El gasto se expresa en total de euros que han costado las prescripciones de cada sustancia durante las dos semanas que se estudiaron. Se incluyen también, a modo de referencia, el número N de prescripciones de dicho fármaco a lo largo del periodo (entre paréntesis al lado del nombre del principio activo).

Subrayados en amarillo, se exponen los costes totales a lo largo del periodo de las prescripciones de distintos principios activos que constituyen el gasto más importante de su subgrupo.

Tabla 29. Distribución del gasto (€) por principio activo.

Antidepresivos		Antipsicóticos	
	Total €		Total €
Amitriptilina (P=33)	23,80	Amisulpiride (P=1)	33,18
Citalopram (P=4)	16,17	Clotiapina(P=4)	3,68
Clomipramina (P=1)	1,54	Haloperidol(P=6)	8,69
Escitalopram(P=2)	20,88	Levomepromacina (P=8)	1,79
Fluoxetina (P=17)	33,12	Litio(P=5)	33,40
Mirtazapina (P=31)	204,88	Olanzapina (P=32)	1480,49
Paroxetina(P=24)	148,05	Perfenacina(P=1)	0,41
Sertralina (P=5)	28,52	Quetiapina(P=18)	276,28
Trazodona (P=3)	5,41	Risperidona(P=16)	256,04
Venlafaxina (P=9)	144,00	Risper. Consta(P=13)	1333,20
		Sulpirida(P=2)	4,88
		Tiaprida(P=2)	2,94
		Ziprasidona(P=1)	89,15
		Zuclopentixol(P=5)	203,30
		Zuclop. Depot(P=6)	132,69
Antiepilépticos		Ansiolíticos	
	Total €		Total €
Carbamacepina(P=3)	2,45	Alprazolam(P=5)	10,10
Gabapentina(P=14)	131,76	Bromazepam(P=27)	7,68
Oxcarbamacepina(P=2)	12,47	Clonazepam (P=41)	27,83
Topiramato(P=13)	295,85	Clorazepato(P=50)	181,14
		Diazepam(P=53)	30,08
		Diazepam + Sulpiride(P=3)	5,71
		Ketazolam(P=11)	27,68
		Lorazepam(P=27)	28,06
		Medazepam(P=27)	20,66
		Hidroxizina(P=3)	2,75
			28,03
Hipnóticos			
	Total €		
Clormetiazol(P=1)	0,97		
Doxilamina(P=7)	11,25		
Flurazepam(P=6)	6,64		
Lormetazepam(P=76)	33,60		
Midazolam(P=2)	1,31		
Zaleplon(P=13)	49,44		
Zolpidem(P=5)	3,50		
Zopiclona(P=1)	1,54		

A continuación se ofrecen distintas representaciones gráficas de las proporciones de gasto que suponen los distintos principios activos por subgrupos.

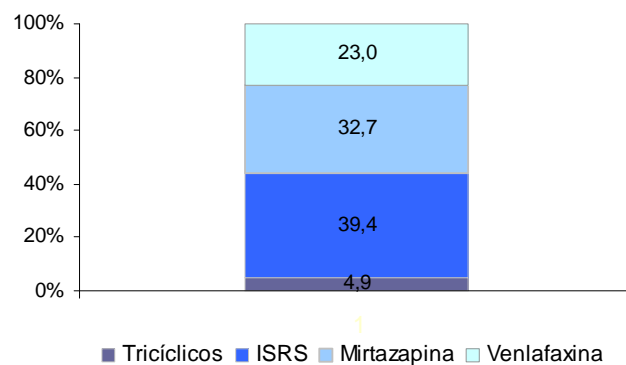


Figura 29. Gasto (%) en antidepresivos según principio activo agrupado.

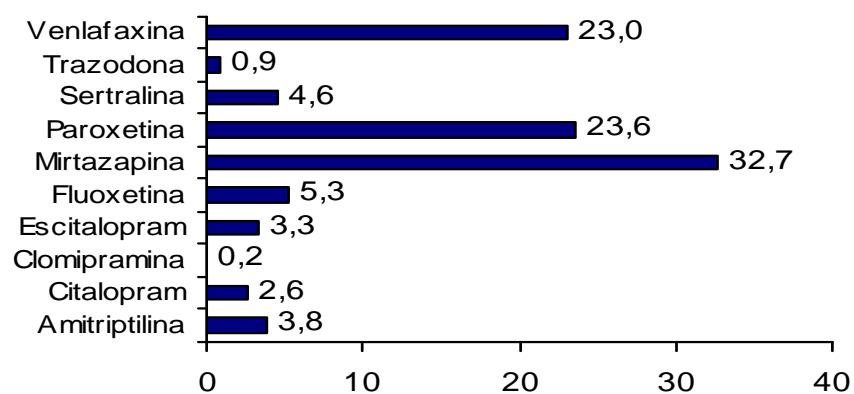


Figura 30. Distribución del gasto (%) en antidepresivos según principio activo.

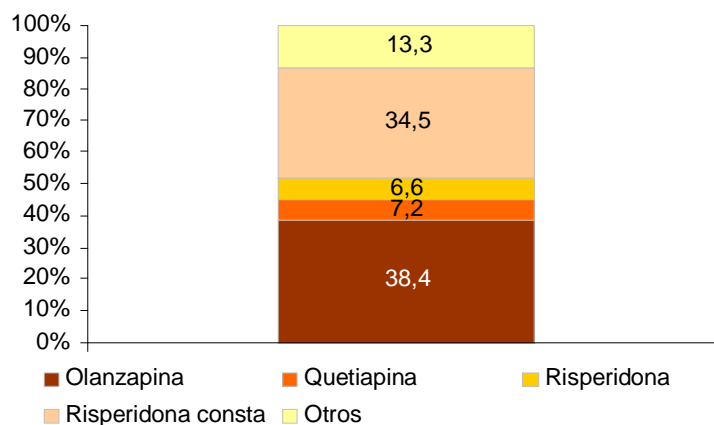


Figura 31. Gasto (%) en antipsicóticos según principio activo agrupado.

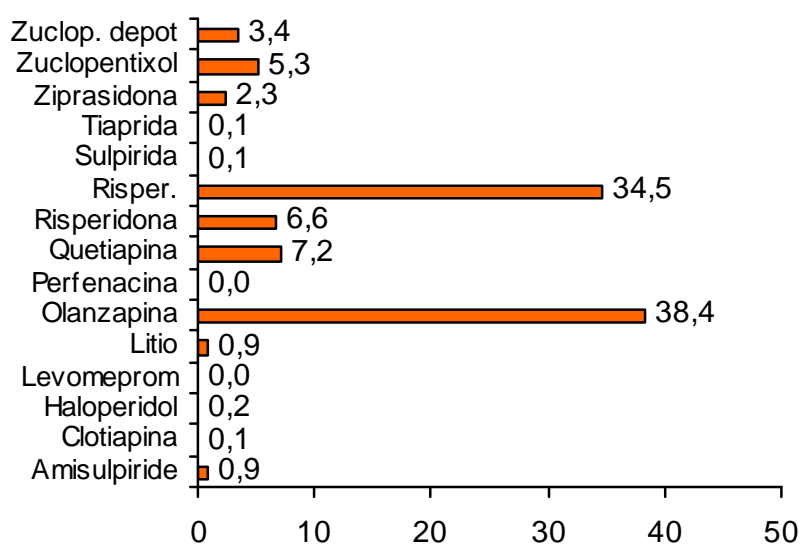


Figura 32. Distribución del gasto (%) en antipsicóticos según principio activo.

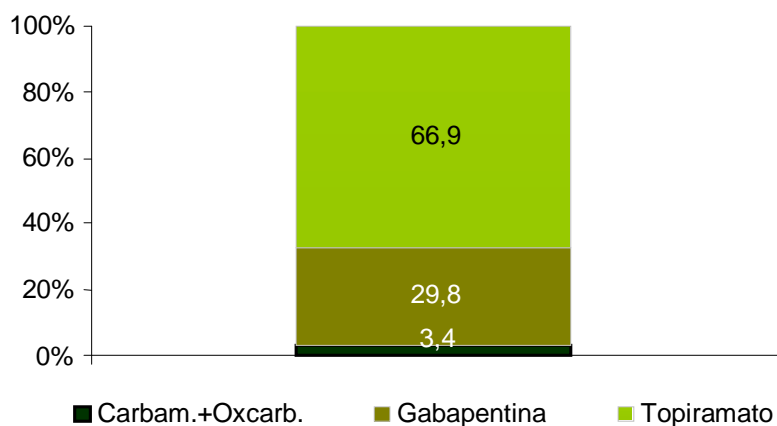


Figura 33. Gasto en % de los antiepilépticos según principio activo.

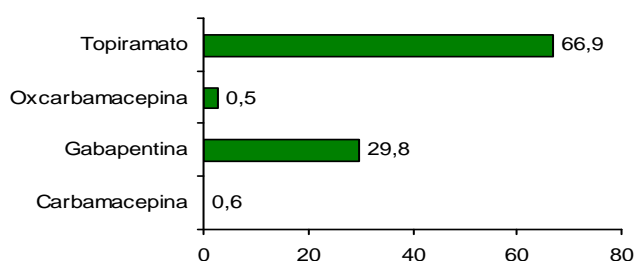


Figura 34. Gasto (%) en antiepilépticos según principio activo.

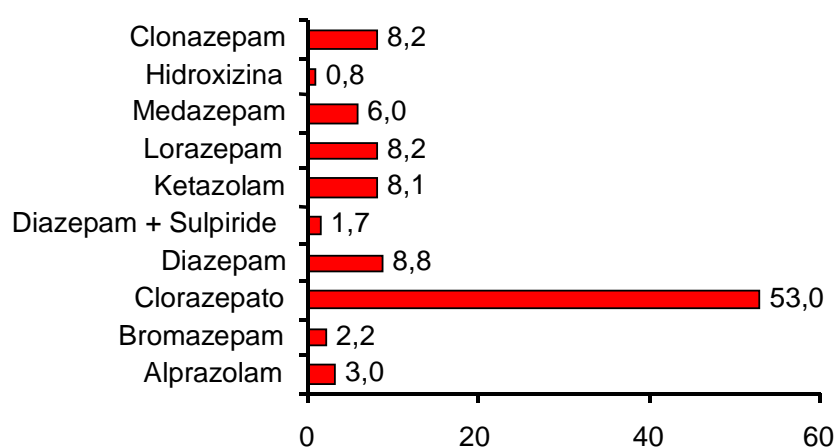


Figura 35. Distribución del gasto (%) en ansiolíticos según principio activo.

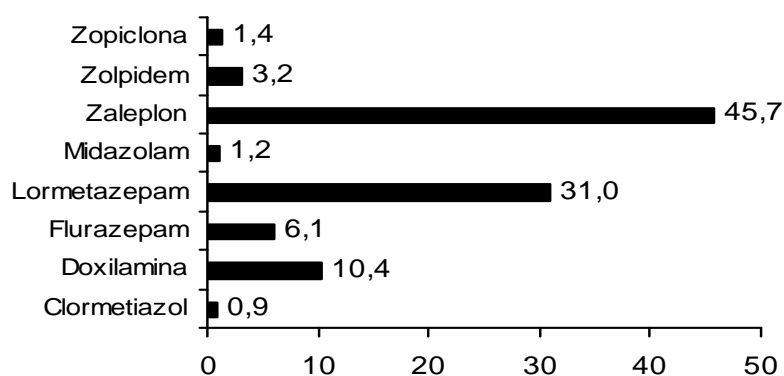


Figura 36. Distribución gasto (%) en hipnóticos según principio activo.

#### 9.1.4.15. Distribución del gasto en función de que los fármacos fuesen clásicos o nuevos

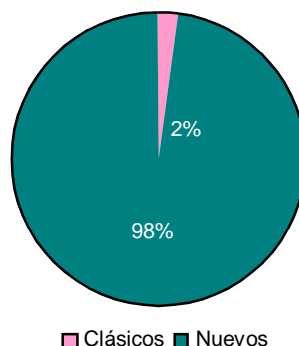


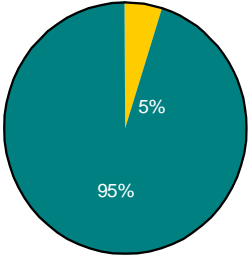
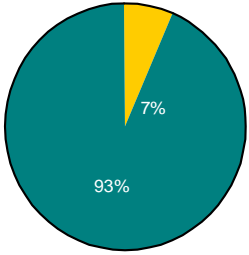
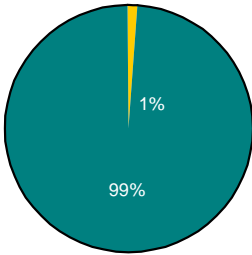
Figura 37. Gasto (%) según psicofármaco clásicos/nuevos.

Tabla 30. Distribución del gasto según psicofármacos clásicos/ nuevos.

Categoría	Gasto (€)	% del gasto	IC 95%
Clásicos	117,01	2,4	2,0-2,8
Nuevos	4835,87	97,6	97,2-98,0
Total	4952,88	100,0	

Las diferencias entre la proporción del gasto correspondiente a los fármacos clásicos y a los nuevos se acentúan en el caso de los antipsicóticos. En esta categoría tan sólo el 1,4% del gasto corresponde a fármacos atípicos. Los siguientes gráficos y tablas ilustran estas proporciones para los distintos subgrupos de psicotropos.

Tabla 31. Distribución del gasto (% del gasto) según clásicos / nuevos por subgrupo.

Antidepresivos	Gasto	%	IC 95%	
Clásicos	30,74	6,3	3,5-6,9	 <p>5% 95%</p> <p>■ Clásicos ■ Nuevos</p>
Nuevos	595,62	93,7	93,1-96,5	
Antiepilépticos	Gasto	%	IC 95%	
Clásicos	30,48	6,5	4,7-9,3	 <p>7% 93%</p> <p>■ Clásicos ■ Nuevos</p>
Nuevos	435,92	93,5	90,7-95,3	
Antipsicóticos	Gasto	%	IC 95%	
Clásicos	55,79	1,4	1,1-1,9	 <p>1% 99%</p> <p>■ Clásicos ■ Nuevos</p>
Atípicos	3804,32	98,6	98,1-98,9	

#### 9.1.4.16. Diferencia del gasto total en función de la oferta comercial aceptada

El registro de las prescripciones se llevó a cabo reseñando únicamente el principio activo, sin especificar nombres comerciales o la correspondencia o no con un fármaco genérico. Recogidas todas las ofertas comerciales recibidas de los laboratorios para las distintas presentaciones de cada sustancia\*, se ha podido constatar la cuantía del ahorro que corresponde única y exclusivamente con la selección del precio más competitivo por parte de la farmacéutica del centro. El gasto total del consumo de psicofármacos de las dos semanas de estudio oscila entre los siguientes valores:

Coste total ofertas máximas<sup>\*\*</sup>: 5973,79 €.

Coste total ofertas mínimas: 5362,80 €.

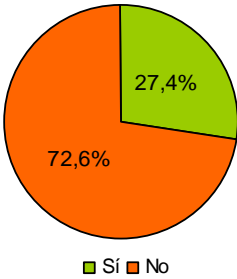
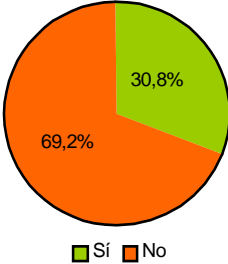
Ahorro por búsqueda y selección de ofertas: 610,99 euros (anual especulativo: 14.663,76€).

*\*Para un estudio más pormenorizado, se puede consultar el anexo9, en las páginas finales.*

*\*\* Los precios máximos no incluyen ofertas de los distribuidores, sino únicamente las correspondientes a laboratorios.*

#### 9.1.4.17. Prescripciones revisadas por el psiquiatra. Relación de las DDD de periodo y el gasto con la revisión psiquiátrica

Tabla 32. Porcentaje de prescripciones y de internos revisados por el psiquiatra.

Prescripc.	N	%	IC 95%	
Sí	169	27,4	24,1-34,1	
No	447	72,6	68,9-75,9	
Internos	N	%	IC 95%	
Sí	99	30,8	26,0-36,1	
No	222	69,2	63,9-74,0	

La diferencia en la proporción de prescripciones y de internos revisados por el psiquiatra encuentra explicación: primero, en el hecho de que el número de pacientes con algún psicofármaco es menor que el número de prescripciones de este tipo de medicaciones a lo largo del periodo (un interno, de hecho, puede y suele acumular varias prescripciones) y segundo, en que existen pacientes que han sido vistos en algún momento por el psiquiatra y han recibido posteriormente medicaciones prescritas por su médico sin que éstas hayan sido revisadas de nuevo por el especialista.

Tabla 33. Distribución de las DDD de periodo según revisión psiquiátrica de las prescripciones

	Media (DE)	Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	p valor*
Revisadas por el psiquiatra	13,0 (9,6)	14,0 (5,3-14,0)	0,26
No revisadas por el psiquiatra	17,0 (20,3)	14,0 (5,2-20,0)	

\* Significación estadística del test de la mediana.

No se han objetivado diferencias estadísticamente significativas a efectos de DDDs entre las prescripciones de pacientes revisados en algún momento por el psiquiatra y aquellas que no han sido valoradas por el especialista.

Tabla 34. Distribución del gasto (€) según revisión psiquiátrica de las prescripciones.

	Media (DE)	Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	p valor*
Revisadas	129,4 (303,2)	31,6 (27,7-148,1)	0,01
No revisadas	201,9 (384,9)	31,6 (27,8-203,3)	

\* Significación estadística del test de la mediana.

Sin embargo, a efectos del gasto por prescripción sí se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre las prescripciones de aquellos pacientes revisados por el psiquiatra (más económicas) y las de los pacientes que no han sido valorados por el especialista.

#### 9.1.4.18. Porcentaje de internos revisados por el psiquiatra en los distintos módulos

Tabla 35. Internos revisados por el psiquiatra por módulo.

Módulo	N	n	%	IC 95%	p valor*
Enfermería	5	3	33,3	12,1-64,6	1,00
Aislamiento	5	1	12,5	2,2-47,1	0,44
Tránsitos	106	14	12,7	7,7-20,2	<0,001
Módulo 9	16	8	47,1	26,2-69,0	0,14
Módulo 8	17	2	10,0	2,8-30,1	0,04
Módulo 7	13	8	50,0	28,0-72,0	0,10
Módulo 6	25	7	26,9	13,7-46,1	0,65
Módulo 5	15	8	50,0	28,0-72,0	0,10
Módulo 4	24	9	33,3	19,4-53,8	0,77
Módulo 3	22	13	59,1	38,7-76,7	0,003
Módulo 2	33	12	35,3	21,5-52,1	0,55
Módulo 1	27	19	63,3	45,5-78,1	<0,001

\* Significación estadística del test de  $\chi^2$  que evalúa la diferencia en el porcentaje de revisión psiquiátrica con respecto al de no revisión, por módulos.



Subrayados en verde se encuentran los porcentajes de derivación significativamente ( $p < 0,05$ ) inferiores (el módulo de los tránsitos) y en amarillo los significativamente ( $p < 0,05$ ) superiores (los módulos ordinarios nº 3 y nº 4).

#### 9.1.4.19. Proporción de prescripciones revisadas por psiquiatra según subgrupos y tipo de psicofármacos (clásico/nuevo)

Tabla 36. Prescripciones revisadas por psiquiatra según subgrupos y tipo (clásico/nuevo).

Psicofármaco	N	n	%	IC 95%	P valor
<b>Antidepresivos</b>					
Tricíclicos	37	16	43,2	28,7-59,1	<0,001
ISRS	52	29	55,8	42,3-68,4	
Mirtazapina	31	2	6,5	1,8-20,7	
Venlafaxina	9	3	33,3	12,1-64,6	
Clásico	37	16	43,2	28,7-59,1	0,51
Nuevo	92	34	37,0	27,8-47,2	
<b>Antipsicóticos</b>					
Olanzapina	32	6	18,8	8,9-35,3	0,41
Quetiapina	18	1	5,6	1,0-25,8	
Risperidona	16	4	25,0	10,2-49,5	
Risperidona consta	13	2	15,4	4,3-42,2	
Otros	41	10	24,4	13,8-39,3	
Clásico	28	8	28,6	15,3-47,1	0,15
Nuevo	92	15	16,3	10,1-25,2	
<b>Antiepilépticos</b>					
Carbamacep., Oxcarbamacep	5	2	40,0	11,8-76,9	0,21
Gabapentina	14	1	7,1	1,3-31,5	
Topiramato	13	1	7,7	1,4-33,3	
Clásico	44	20	45,5	31,7-59,9	
Nuevo	28	2	7,1	2,0-22,6	0,001
<b>Ansiolíticos</b>					
Alprazolam	5	1	20,0	3,6-62,4	0,09
Broma, Lora, Meda, Clonazepam	122	47	38,5	30,4-47,4	
Clorazepato	50	9	18,0	9,8-30,8	
Diazepam	53	14	26,4	16,4-39,6	
Diazepam + Sulpiride	3	1	33,3	6,1-79,2	
Ketazolam	10	2	20,0	5,7-51,0	
Hidroxicina	3	0	0,0	0,0-56,2	
<b>Hipnóticos</b>					
Zolpidem, Zaleplon, Zoplicona	19	5	26,3	11,8-48,8	0,07
Lormertazepam	75	21	28,0	19,1-39,0	
Flurazepam, Midazolam	8	4	50,0	21,5-78,5	
Doxilamina, Clormetiazol	8	0	0,0	0,0-32,4	

El hecho de no encontrar diferencias estadísticamente significativas, a pesar de que los porcentajes de revisión de distintos principios activos son aparentemente muy distintos,

podría encontrar explicación en que no hay un número  $n$  de casos suficientes; así, muchas de las casillas se corresponden con valores  $n < 5$ , lo que merma considerablemente la potencia estadística de la herramienta.

#### 9.1.4.20. Porcentaje de derivación al psiquiatra según procedencia, grado y tipo de condena del interno

Tabla 37. Porcentaje de derivación al psiquiatra según procedencia, grado y tipo de condena del interno.

		N	n	%	IC 95%	p valor
Procedencia	España	131	57	43,5	35,5-52,1	0,56
	Europa	32	12	37,5	22,9-54,7	
	África	12	7	58,3	32,0-80,7	
	América	18	8	44,4	24,6-66,3	
	Asia	2	0	0,0	0,0-17,6	
	Oceanía	3	1	33,3	6,1-79,2	
Grado	Preventivo	104	39	37,5	28,8-47,1	0,05
	Primer grado	20	8	40,0	21,9-61,3	
	Segundo grado	53	27	50,9	37,9-63,9	
	Tercer grado	2	2	100,0	34,2-100,0	
	Sin clasificar	18	9	50,0	29,0-71,0	
	Artículo 10	4	0	0,0	0,0-49,0	
Tipo de condena	Preventivo	104	39	37,5	28,8-47,1	0,20
	Penado	79	37	46,8	36,2-57,7	

La no significación estadística obtenida en función de la procedencia se podría poner en entredicho puesto que hay varias categorías no comparables al resto por su pequeño tamaño. Sin embargo, al agrupar la procedencia en tres categorías (España, Europa, resto) las diferencias observadas siguen manteniendo la no significación ( $p = 0,74$ ).

La significación estadística obtenida ha de interpretarse igualmente con cautela puesto que hay dos categorías no comparables al resto por su pequeño tamaño (tercer grado y Art. 10).

#### 9.1.4.21. Influencia de variables individuales en la prescripción de psicofármacos

La asociación de las variables individuales: edad, nacionalidad, grado o situación penal con el hecho de que un interno tenga o no prescrito un tratamiento con algún tipo de

psicofármaco (antidepresivo, antipsicótico, antiepiléptico, ansiolítico o hipnótico) se describe en la tabla 38. En general, no se ha demostrado la existencia de relaciones significativas entre estos parámetros y la prescripción de psicofármacos, con la salvedad de las siguientes asociaciones:

-La edad media de los pacientes que reciben antipsicóticos (39,9 años) es significativamente ( $p=0,002$ ) más alta que la de los internos que no tienen este tipo de medicación (35,5 años).

- En la prescripción de ansiolíticos se objetivan diferencias estadísticamente significativas en función de la situación penal (preventivo/condenado) y de clasificación del paciente.

Tabla 38. Influencia de variables individuales en prescripción de psicofármacos.

Psicofármaco		N	N	%	IC 95%	p valor
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>						
Edad	Con antidepresivos	39,4(10,3)				0,62
	Sin antidepresivos	38,7(10,4)				
Procedencia	España	131	54	41,2	33,2-49,8	0,14
	Europa	32	12	37,5	22,9-54,7	
	África	12	3	25,0	8,9-53,2	
	América	18	10	55,6	33,7-75,4	
	Asia	2	0	0,0	0,0-65,8	
	Oceanía	3	0	0,0	0,0-56,2	
Grado	Preventivo	104	41	39,4	30,6-49,0	0,95
	Primer grado	20	6	30,0	14,5-51,9	
	Segundo grado	53	22	41,5	29,3-54,9	
	Tercer grado	2	1	50,0	9,5-90,5	
	Sin clasificar	18	7	38,9	20,3-61,4	
	Artículo 10	4	2	50,0	15,0-85,0	
Tipo de condena	Preventivo	104	41	39,4	30,6-49,0	0,98
	Penado	79	31	39,2	29,2-50,3	

Psicofármaco		N	N	%	IC 95%	p valor
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>						
Edad	Con antipsicóticos	35,5 (8,5)				0,02
	Sin antipsicóticos	39,9 (10,6)				
Procedencia	España	131	27	20,6	14,6-28,3	
	Europa	32	6	18,8	8,9-35,3	
	África	12	3	25,0	8,9-53,2	0,40
	América	18	2	11,1	3,1-32,8	
	Asia	2	1	50,0	9,5-90,5	
	Oceanía	3	2	66,7	20,8-93,9	
Grado	Preventivo	104	24	23,1	16,0-32,0	
	Primer grado	20	5	25,0	11,2-46,9	
	Segundo grado	53	7	13,2	0,0-65,8	0,54
	Tercer grado	2	0	0,0	12,5-50,9	
	Sin clasificar	18	5	27,8	4,6-69,9	
	Artículo 10	4	1	25,0		
Tipo de condena					16,0-32,0	
	Preventivo	104	24	23,1	9,9-26,1	0,27
	Penado	79	13	16,5		
<b>ANTIEPILEPTICOS</b>						
Edad	Con antiepilepticos	37,7 (10,4)				0,39
	Sin antiepilepticos	39,3 (10,3)				
Procedencia	España	131	30	22,9	16,5-30,8	
	Europa	32	6	18,8	8,9-35,3	
	África	12	0	0,0	0,0-24,3	0,10
	América	18	2	11,1	3,1-32,8	
	Asia	2	1	50,0	9,5-90,5	
	Oceanía	3	0	0,0	0,0-56,2	
Grado	Preventivo	104	17	16,3	10,5-24,6	
	Primer grado	20	5	25,0	11,2-46,9	
	Segundo grado	53	11	20,8	12,0-33,5	0,74
	Tercer grado	2	0	0,0	0,0-65,8	
	Sin clasificar	18	5	27,8	12,5-50,9	
	Artículo 10	4	1	25,0	4,6-69,9	
Tipo de condena						
	Preventivo	104	17	16,3	10,5-24,6	0,37
	Penado	79	17	21,5	13,9-31,8	

Psicofármaco		N	N	%	IC 95%	p valor
<b>ANSIOLÍTICOS</b>						
Edad	Con ansiolíticos	39,9 (10,3)				0,16
	Sin ansiolíticos	37,8 (10,3)				
Procedencia	España	131	75	57,3	48,7-65,4	0,34
	Europa	32	16	50,0	33,6-66,4	
	África	12	6	50,0	25,4-74,6	
	América	18	9	50,0	29,0-71,0	
	Asia	2	1	50,0	9,5-90,5	
	Oceanía	3	0	0,0	0,0-56,2	
Grado	Preventivo	104	45	43,3	34,2-52,9	0,04
	Primer grado	20	13	65,0	43,3-81,9	
	Segundo grado	53	35	66,0	52,6-77,3	
	Tercer grado	2	2	100,0	34,2-100,0	
	Sin clasificar	18	9	50,0	29,0-71,0	
	Artículo 10	4	2	50,0	15,0-85,0	
Tipo de condena	Preventivo	104	45	43,3	34,2-52,9	0,002
	Penado	79	52	65,8	54,8-75,3	
<b>HIPNÓTICOS</b>						
Edad	Con hipnóticos	38,8 (9,8)				0,82
	Sin hipnóticos	39,1(10,7)				
Procedencia	España	131	49	37,4	29,6-45,9	0,56
	Europa	32	11	34,4	20,4-51,7	
	África	12	6	50,0	25,4-74,6	
	América	18	9	50,0	29,0-71,0	
	Asia	2	0	0,0	0,0-65,8	
	Oceanía	3	1	33,3	6,1-79,2	
Grado	Preventivo	104	42	40,4	31,5-50,0	0,78
	Primer grado	20	8	40,0	21,9-61,3	
	Segundo grado	53	20	37,7	25,9-51,2	
	Tercer grado	2	0	0,0	0,0-65,8	
	Sin clasificar	18	7	38,9	20,3-61,4	
	Artículo 10	4	1	25,0	4,6-69,9	
Tipo de condena	Preventivo	104	42	40,4	31,5-50,0	0,61
	Penado	79	29	36,7	26,9-47,7	

### 9.1.5. Discusión

El Centro Penitenciario de Madrid III ha tenido siempre uno de los mejores datos con respecto a gasto farmacéutico de la Comunidad de Madrid y específicamente el primer puesto (del segundo trimestre de 2005) en cuanto a menor gasto/ interno en neurolépticos entre los centros estándar de esta Comunidad (que se ha mantenido en años posteriores incluido el año 2010). A pesar de todo, el gasto total de psicofármacos en un periodo de dos semanas asciende a 5.379,27 €, lo que supone una media de 384,21 € al día invertidos

en estos medicamentos y, de conservarse el patrón de uso a lo largo de un año, 140.236,65 euros de gasto.

Un 23,5% de los internos tiene prescrito algún fármaco de utilidad psiquiátrica en el periodo de estudio. Este dato es bastante congruente con los porcentajes de otros estudios: el 24,5% de las prisiones noruegas (2004) o el 28% del C. P. De León (1998). Se trata, a pesar de que se supone una mayor prevalencia de problemas mentales entre los reclusos, de una proporción sensiblemente mayor que la encontrada en la población general.

De forma similar, un 15,5% de los internos en Valdemoro durante el periodo de estudio habían sido valorados por la psiquiatra del centro en el último año, lo que supera con creces la proporción de población general que accede a este tipo de asistencia (se calcula que entorno a un 4%).

Los resultados del estudio deben valorarse tomando en consideración que para la práctica totalidad de los cálculos se incluyó a los tránsitos. A su vez, es importante valorar el altísimo nivel de movimiento poblacional que tiene la prisión de Valdemoro donde, sólo en el mes de junio, entraron en el centro 543 tránsitos y se dieron de baja 554 (entre la población fija, los movimientos fueron: 269 altas y 301 bajas). La inclusión de los tránsitos implica que el estudio no describe únicamente los patrones de prescripción del centro sino que también refleja, en alguna medida, las prácticas generales en otros centros (los de procedencia de este porcentaje nada desdeñable de población). En general, en la población de tránsitos se han objetivado consumos mayores en dosis y con mayor coste, por lo que habrá que tenerse en cuenta que las posibilidades de racionalización del gasto en nuestro centro están mermadas por la gran rotación poblacional.

**El consumo total de Dosis Diarias de Mantenimiento** ascendió a 9839,74, sin embargo, el dato más indicativo del nivel de uso de este tipo de medicación es el correspondiente a la Dosis Habitante Día que resultó de 513,77 DDDs por 1000 internos/ día, cuantía muy superior (casi el doble) a la encontrada por Cañas en la Prisión de León en 2001, donde se consumían 280,74 DDDs/H/D de fármacos psicotropos (250,824 DHD de psicolépticos y 29,918 DHD de psicoanalépticos). Sin embargo, es muy posible que, dada la progresión del consumo de psicofármacos que Instituciones Penitenciarias ha objetivado en los últimos años, un dato de 2001 no resulte en absoluto comparable con otra intención que evidenciar la cuantía de esta progresión. En las prisiones de Iowa Lund en 2002, (tan sólo un año después), recogía 643,8 DDDs por 1000 internos/día.

El alto porcentaje de pacientes en tratamiento con uno o dos psicofármacos (hasta el 76%) se puede considerar un indicador de calidad ya que muchos protocolos terapéuticos aconsejan evitar en lo posible la acumulación de sustancias en el tratamiento de la patología mental.

En cuanto a la distribución porcentual de las DDDs totales por subgrupos farmacológicos a continuación se ofrece en una tabla la comparación de los resultados del estudio con los encontrados por Cañas en la ya mencionada publicación de 2001:

Tabla 39. Distribución porcentual por subgrupos farmacológicos de las Dosis Diarias de Mantenimiento consumidas a lo largo del periodo.

	Cañas 2001	<b>Presente estudio</b>
Antidepresivos	10,66%	<b>17%</b>
Antipsicóticos	17,28%	<b>14%</b>
Ansiolíticos	68,18%	<b>46%</b>
Hipnóticos	10,41%	<b>21%</b>
Antiepilépticos	-	<b>5%</b>

A pesar de que se carece de los intervalos de confianza de estos porcentajes y no se ha llevado a cabo una comparación estadística de los datos puesto que se trata de poblaciones distintas en momentos que, a estos efectos, están muy alejados en el tiempo, se puede apreciar, que la proporción de tratamientos representados por los ansiolíticos disminuye a favor principalmente de los hipnóticos y de los antidepresivos y que los antipsicóticos constituyen un porcentaje menor de las prescripciones en nuestro centro (como veremos, factor éste que podría ser el principal condicionante del mejor control del gasto en nuestra prisión). Probablemente algunas de estas diferencias vayan en la línea de las modificaciones de los patrones de prescripción que han tenido lugar en los últimos años, en los que los profesionales sanitarios han adquirido una mayor confianza en el uso de medicaciones específicas que antes eran casi únicamente utilizadas por los especialistas (cambio en el que las políticas de difusión y marketing de la industria farmacéutica entre los profesionales del medio penitenciario, sin duda, ha tenido una influencia decisiva). La progresión, así, es hacia tratamientos más específicos y se interpreta como un indicador de calidad. Sin embargo estamos todavía muy lejos de la proporción de uso de benzodiacepinas que Lund encontró en el 2002 en las prisiones de Iowa, donde este subgrupo (que incluye a ansiolíticos e hipnóticos) suponía tan sólo el

21,73% del consumo total. También la disminución de la fracción de dosis prescritas correspondientes a antipsicóticos resulta destacable pero otra vez se encuentra todavía lejos del 10% que encontraron en la investigación de Iowa antes citada.

Es especialmente interesante, la comparación que surge entre las distribuciones por subgrupos del consumo de psicofármacos en función de: las DDDs, las prescripciones, los internos a tratamiento y el gasto en euros.

Tabla 40. Distribuciones por subgrupos del consumo de psicofármacos en función de las DDDs, las prescripciones los internos a tratamiento y el gasto en euros.

	DDDs	Prescripciones	Internos a tto	Gasto
Antidepresivos	17%	20%	38%	11%
Antipsicóticos	14%	19%	27%	72%
Antiepilépticos	5%	5%	8%	8%
Ansiolíticos	46%	39%	65%	6%
Hipnóticos	21%	17,4%	33%	2%

Destacan, en este sentido, dos profundas desproporciones entre los porcentajes de prescripciones o de dosis y los del gasto, en primer lugar y muy especialmente el caso de los antipsicóticos que representan un 14% de las dosis de mantenimiento ordenadas por los sanitarios y, sin embargo, acumulan un 72% del gasto (lo que supone aproximadamente que los tratamientos neurolépticos de ochenta y ocho internos de la prisión, un 27% de la población con psicofármacos, han representado el 72% del gasto en psicofármacos, unos 3857 €); en segundo lugar el de los ansiolíticos e hipnóticos que, a pesar de dar cuenta de un 67% de las dosis prescritas, sólo alcanzan a representar un 8% del gasto.

Está claro, por tanto, que una minoría de sustancias supone una amplia mayoría del gasto y específicamente en el subgrupo de neurolépticos, la Olanzapina y la Risperidona Consta justifican el 75% del gasto en este tipo de fármacos y el 52% de lo cuesta el tratamiento psicofarmacológico de todos los internos del centro durante las dos semanas de duración del estudio (2.814 €), a pesar de que suman tan sólo el 7% de las prescripciones (45 de 618 prescripciones). Este fenómeno se repite en casi todos los subgrupos farmacológicos y debería conducir a un análisis de cuáles de esas sustancias de precios “prohibitivos” se utilizan en indicaciones que justifican clínicamente el gasto (son coste eficaces) y cuales



no. Así, aunque no se trata de un dato extraído de este estudio (y tal como alertaba el oficio que la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria 14/02/2006 sobre uso compasivo), se sospecha que la Mirtazapina (uno de los antidepresivos más caros, que da cuenta de un 32,7% del gasto en este tipo de medicamentos y que representa un 24% de las prescripciones) se utiliza habitualmente como hipnótico, al igual que la Olanzapina, ambos en la búsqueda de alternativas no benzodiacepínicas en casos de dependencia. De igual modo, la Risperidona en forma retard podría estar aplicándose en los trastornos de personalidad con supuesto efecto anti-impulsivo (utilidad que no se corresponde con las indicaciones aprobadas). Para ilustrar el gasto que este tipo de uso compasivo puede suponer, baste señalar que la prescripción durante el periodo de estudio de trece inyectables supuso una factura de 1333,20 €. Es primordial señalar que una de las medidas esenciales de racionalización del gasto pasaría por reducir al máximo el uso compasivo y por plantearse, en el caso de que éste se considere necesario, alternativas medicamentosas clásicas igualmente válidas en muchas ocasiones para este tipo de uso (por ejemplo, en la literatura se ha documentado el uso de los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas como hipnóticos no benzodiacepínicos así como la Levopromacina o la Hidroxicina).

El trabajo pone igualmente de manifiesto que entre los internos procedentes de otros centros que están únicamente de paso por Madrid III (tránsitos) se cuantifican tasas mayores de tratamientos con antipsicóticos: un 23% de las prescripciones (frente a un 19% de la población fija del centro). Esto podría estar relacionado con la importante diferencia entre la mediana de gasto de los tránsitos y la mediana de gasto de los módulos estándar del centro (casi tres veces superior para los tránsitos, sólo comparable con módulos como el de aislamiento y el 4 en nuestro centro, de características muy específicas).

Globalmente, la proporción psicofármacos clásicos/ nuevos es marcadamente desigual de forma que sólo un 34% de las prescripciones corresponden a principios activos clásicos. Esta proporción se hace aún más acusada en el caso de antidepresivos y antipsicóticos, subgrupos para los que las medicaciones más nuevas suponen el 71 y el 77% respectivamente. Este dato marca una importante diferencia con los patrones de prescripción de otros países que muestran algunos estudios: Carrá (Italia, 2004) encontraba que los antipsicóticos nuevos suponían un 31% de las prescripciones y los nuevos antidepresivos un 71%; Baillargeon (USA, 2000 y 2001) objetivó que un 23% de

los antidepresivos en las prisiones de Texas correspondían a los llamados “nuevos” antidepresivos y un 14,6% de los antipsicóticos eran atípicos; por último, Lund (USA, 2002) obtuvo una proporción del 27,9% en el caso de los nuevos (o atípicos) antipsicóticos. A pesar de que la literatura científica ha señalado ampliamente la progresión que en los últimos tiempos se está produciendo hacia el uso de nuevos fármacos en el ámbito penitenciario y el abandono de las medicaciones clásicas (de las que ya nadie hace propaganda, a pesar de que siguen siendo un referente de eficacia) es posible que este fenómeno en nuestro país sea más acentuado, lo que, en el caso de los Estados Unidos podría explicarse por la gestión privada de muchos centros penitenciarios pero que no encuentra esta justificación en otros países europeos. Un factor condicionante en nuestro medio podría ser que los profesionales sanitarios obtenemos información, formación y acceso a foros profesionales sobre farmacología básicamente de los representantes de la industria farmacéutica, fenómeno que en otros países está más estrictamente regulado. Es indudable que, como otros autores han señalado, esta tendencia está estrechísimamente asociada al vertiginoso incremento del gasto farmacéutico en el caso de los psicofármacos y que podría estar igualmente relacionada con las cada vez más habituales irregularidades en la aplicación de los principios del uso compasivo de medicación.

El 31% del total de los internos con algún psicofármaco prescrito habían sido revisados por un psiquiatra al menos en una ocasión en el último año (lo que supone casi 1/3 de los pacientes con medicación incluyendo los tránsitos, quienes por la brevedad de su estancia no suelen llegar a ser derivados). En el caso de la población “fija” este porcentaje alcanza el 38%. Aunque no se dispone de los datos a este respecto en la comunidad, es muy posible que se trate de una proporción elevada en comparación con aquella del ámbito extrapenitenciario, lo que resulta un indicador de calidad de la asistencia. Sin embargo, resulta interesante señalar que, al contrario de lo que podría pensarse, no son las medicaciones de más complicado manejo (aquellas cuya indicación se asocia a un diagnóstico psiquiátrico más específico o de mayor gravedad, como los antipsicóticos o los antiepilépticos) las que más frecuentemente han sido revisadas por el especialista. Éste es un indicador de la existencia de algún fallo en los criterios de selección de los pacientes que requieren valoración por el especialista, que podría encontrar explicación en la falta de protocolos de derivación unificados. Así, aunque el 39% de los antidepresivos y el 30% de los ansiolíticos prescritos corresponden a internos que han

sido derivados al especialista, sólo el 19% de las prescripciones de antipsicóticos y el 12% de las de antiepilépticos habían sido revisadas. De ahí, probablemente, la diferencia, estadísticamente significativa, entre la media de gasto de las prescripciones revisadas y las que no lo habían sido. Esta diferencia determina que sea posible postular que la derivación de los casos que reciben psicofármacos de más elevado coste para revisión psiquiátrica pudiera llegar a ser uno de los medios más eficaces para introducir mayores mejoras en el control del gasto.

Podrían resultar indicadores de la entidad del uso compasivo factores como la elevada frecuencia con que se encuentra, que las dosis consumidas son infraterapéuticas para algunas sustancias y el hecho de que precisamente los pacientes que reciben esas sustancias sean raramente derivados para revisión psiquiátrica, quizás porque la gravedad asociada al uso compasivo es menor y los clínicos consideran que ésta no es necesaria. Ejemplos de esto serían los de antipsicóticos como la Quetiapina (habitualmente utilizado como hipnótico) o la Risperidona o antiepilépticos como el Topiramato y la Gabapentina, fármacos todos ellos empleados a dosis mucho más bajas que la que se precisa en sus indicaciones principales aprobadas y cuya prescripción raramente es supervisada por el especialista aún cuando los diagnósticos psiquiátricos para los que su uso está aprobado serían subsidiarios prioritarios de derivación.

En lo que se refiere a la hipótesis de partida relacionada con posibles factores asociados a la prescripción de psicofármacos, el trabajo arroja resultados novedosos con respecto a anteriores investigaciones. Así como otros estudios coinciden en señalar como indicadores o factores de riesgo individual de estar a tratamiento con este tipo de medicaciones a parámetros como la edad o el país de procedencia, en nuestro centro no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la probabilidad de recibir un psicofármaco o de tener acceso a revisión psiquiátrica en función de ninguno de los dos factores (únicamente la edad media de los internos con antipsicóticos difería de la de los que no los tenían). Este es un resultado no se esperaba puesto que se anticipaba una mayor dificultad de los internos con otras lenguas para demandar con eficacia el tratamiento o la consulta a la vez que se asociaba a priori a algunos subgrupos culturales con una mayor demanda de psicofármacos. Los resultados no confirmaron la existencia de estas diferencias.

Otros condicionantes descritos en la literatura científica sí encuentran correlato con la investigación aunque con la particularidad de que sólo se asocian a subgrupos específicos de medicación. Así, por ejemplo, se han señalado: la unidad en la que viven los internos dentro del centro, su clasificación de seguridad o el hecho de ser preventivo o penado como factores relacionados con la prescripción o no de psicofármacos. Sin embargo en el trabajo sólo la ubicación en un módulo u otro se ha descubierto como un factor asociado a diferencias significativas en distintos aspectos del uso de psicofármacos dentro del centro: el porcentaje de internos a tratamiento en cada módulo, la cantidad de dosis, la probabilidad de que los internos a tratamiento sean derivados al especialista, el número de prescripciones y, especialmente, el gasto que suponen las mismas. En contraste con otras investigaciones, tan sólo en el caso de los ansiolíticos (no otros tipos de psicofármacos) se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de internos con y sin estas medicaciones asociadas a su clasificación de grado y al hecho de ser preventivos o condenados (con mayores proporciones de prescripción entre los penados y especialmente en los clasificados como primeros grados).

Con respecto a las diferencias en el uso de psicofármacos entre los distintos módulos, éstas merecen un comentario especial. Puesto que en la asignación de un interno a uno u otro módulo influyen parámetros que se podrían definir como caracterizadores del individuo (su peligrosidad, la presencia de una adicción o la reincidencia en la delincuencia...) así como otros independientes de él (la disponibilidad de celdas...) no se puede decir que la pertenencia a uno u otro módulo sea una variable de individuo. Se añade, a la hora de interpretar los datos, la dificultad que resulta de la necesidad de tener en cuenta la influencia del médico prescriptor ya que durante el periodo de duración del estudio y, salvo para las prescripciones de urgencias, era un mismo profesional sanitario el que ordenaba los tratamientos y la recogida de todas las fichas previas a la fecha de inicio permitió obtener información de los “hábitos de prescripción” de los clínicos. Sería necesario, por tanto, otro tipo de investigación para esta delimitación (influencia del prescriptor en las diferencias entre módulos- influencia de otros factores) que, sin embargo, resulta intuitiva al estudiar las tablas que describen las distintas características del uso de psicofármacos por módulos. Así, aunque aventurado, resulta razonable pensar que las diferencias entre los módulos 4 y de aislamiento y el resto de los módulos del centro en cuanto a porcentaje de internos con psicofármacos, distribución de las prescripciones por subgrupos y gasto serán en una mayor parte atribuibles a las francas

diferencias en las características de selección de los internos y, sin embargo, las diferencias encontradas entre los módulos ordinarios estarán, seguramente, más condicionadas por variables relacionadas con el prescriptor. Es altamente probable, de esta manera, que el prescriptor tenga un potencial determinante de la gestión del uso de psicofármacos muy elevado y esta capacidad posibilite en gran medida los datos favorables de nuestro respecto al gasto. Así, uno de los factores se cree que está íntimamente implicado con la buena gestión es la existencia de criterios de prescripción relativamente uniformes entre los médicos del centro y entre estos y la psiquiatra y el respeto que por norma los clínicos de primera asistencia muestran por las modificaciones de los tratamientos psicofarmacológicos pautadas por la especialista.

El otro gran factor condicionante es la gestión de las compras realizada desde la farmacia y muy especialmente la búsqueda y selección de ofertas en un mercado que parece fijar los precios de forma bastante flexible.

#### **9.1.6. Limitaciones**

Al tratarse de un estudio epidemiológico descriptivo no es posible extraer conclusiones de tipo causal. Las asociaciones que se han encontrado entre distintos factores individuales y la cantidad o el tipo de prescripciones son sólo eso, asociaciones, sin que podamos determinar su naturaleza, a no ser que se lleven a cabo otro tipo de estudios (prospectivos de cohortes preferiblemente).

Las limitaciones del trabajo en su calidad de estudio descriptivo transversal han sido de distinta naturaleza. En primer lugar, las limitaciones propias de una investigación que perseguía no implicar ningún tipo de modificación con respecto a las pautas habituales de prescripción y ni siquiera instaurar novedades en la dinámica de recolección de datos que se constituyesen en un posible condicionante de cambios en el funcionamiento normal, sino exclusivamente la utilización de los medios usuales de registro de los tratamientos que se vienen utilizando en el centro. Se trataba de ver qué, en qué cantidad y a quién se prescribía y describir de la forma más fidedigna y detallada posible la realidad actual en lo tocante al uso de psicofármacos en prisión. En este sentido, el método habitual de registro de los tratamientos farmacológicos condicionó algunos fallos en la recogida de datos (las fichas de tratamiento de la población fija y las hojas de tratamiento de los tránsitos): en ocasiones faltaban fechas de inicio y fin de la prescripción, no se disponía de la identidad del prescriptor de cada uno de los fármacos, la inexistencia de un método

adecuado para el registro de las pautas intramusculares que centralice la información respecto a la frecuencia real de su administración.

Además, a pesar de que se habilitó un formulario para recoger la información disponible con respecto a las medicaciones psiquiátricas de los tránsitos, al no estar suficientemente sistematizada la transmisión de esta información entre centros penitenciarios parece probable que se hayan perdido datos en una cantidad que no es posible precisar y que puede haber condicionado una infraestimación de prescripciones en una población muy cuantiosa (en el periodo de estudio pasaron por el centro unos internos procedentes de otros centros y con destino en prisiones distintas).

Sin embargo, esta limitación es a la vez una de las mayores fortalezas del trabajo ya que posibilita el acceso a una información privilegiada en cuanto a estado de cosas inicial, o “virgen”, que sería imprescindible para cuantificar en el futuro la eficacia de cualquier medida de racionalización del uso de psicofármacos o de fármaco-eficiencia.

Otra de las carencias se deriva de no haber obtenido datos día a día con respecto a las características individuales de los tránsitos (edad, nacionalidad, grado...). De manera que sólo se ha podido hacer una descripción del perfil de los internos a tratamiento psicofarmacológico de nuestro centro y no de la población a la que se ha prescrito el tratamiento en otras prisiones. Así, no es posible establecer comparaciones entre las características del uso de este tipo de medicación entre el nuestro y otros centros.

Con respecto a establecer posibles factores individuales asociados a la prescripción de psicofármacos, la principal limitación consiste en lo haber recogido sistemáticamente individuo a individuo los datos correspondientes a aquellos internos que cumplieran los criterios de inclusión, independientemente de si estaban o no a tratamiento psicofarmacológico para poder después comparar las características de ambas poblaciones. Así, sólo disponemos de una descripción de la población con medicación psicotropa y no es posible más que compararlos con aquellos correspondientes al total de la población penitenciaria durante el periodo de estudio (extraídos del informe del departamento de estadística emitido respecto al mes de junio). Al mismo tiempo, el trabajo ha suscitado nuestro interés por la delimitación del efecto que sobre la prescripción de estos medicamentos tendrán factores como la participación por parte de los internos en actividades ocupacionales o su inclusión en programas de desintoxicación

y deshabituación de sustancias que no se pudieron determinar al no haber incluido dichos parámetros en las variables a estudio.

En el ámbito de la significación estadística de las asociaciones, las limitaciones radican en el número de internos de los subgrupos a comparar, muchas veces inferiores al mínimo que permitiría establecer diferencias relevantes.

Los cálculos del coste de la prescripción total y por categorías adolecen de un fallo derivado de la simplificación en la recogida de datos, puesto que se registraron desde el primer momento principios activos y no nombres comerciales, con lo que resultó totalmente imposible determinar el coste real al ser muy variable el precio de los principios activos en función de las marcas comerciales. De esta forma, se procedió a calcular el precio del total de medicaciones psiquiátricas prescritas con la dispersión propia de esta variabilidad, estableciendo el precio máximo y mínimo de cada principio activo de acuerdo con las ofertas que llegaron a la Farmacia de nuestro centro en el último año. Aún cuando se dispone de datos concretos del consumo y del gasto a partir de los albaranes y las memorias de farmacia, sin embargo, este procedimiento nos ha impedido determinar con exactitud qué parte del gasto se puede atribuir a la prescripción de marcas comerciales que no son las más económicas y qué cuantía de ahorro supondría la sustitución de éstas.

## **9.2. Estudio de utilización de antiepilépticos en los centros penitenciarios**

En los últimos años, se ha incrementado el consumo de algunos fármacos clasificados en el subgrupo terapéutico de los antiepilépticos (N03A1) como Gabapentina, Oxcarbamazepina, Topiramato, Lamotrigina y Pregabalina. Por este motivo, se decidió realizar un seguimiento del uso de estos fármacos con el objetivo de conocer si se están utilizando en las indicaciones aprobadas en ficha técnica, y en caso negativo, conocer en qué indicaciones se están utilizando y realizar una intervención farmacéutica con el objetivo de informar de la realidad existente y sensibilizar al profesional sanitario sobre la utilización de la vía de uso compasivo.

El estudio comenzó durante 2005 en aquellos centros que disponían de farmacéutico y quisieron participar. En diciembre de 2005, se realizó el primer corte, recogiendo en un impreso diseñado para tal fin, datos de los pacientes que toman estos fármacos, edad, sexo, dosis administrada y diagnóstico, con el objeto de valorar si se estaban administrando estos fármacos fuera de las indicaciones autorizadas en la ficha técnica.

Tabla 41. Indicaciones aprobadas en ficha técnica.

P. ACTIVO	INDICACIONES APROBADAS EN FICHA TÉCNICA (2006)
GABAPENTINA	EPILEPSIA. DOLOR NEUROPÁTICO
LAMOTRIGINA	EPILEPSIA. PREVENCIÓN EPISODIOS DEPRESIVOS CON TRASTORNO BIPOLAR
OXCARBAMAZEPINA	EPILEPSIA
PREGABALINA	EPILEPSIA. DOLOR NEUROPÁTICO
TOPIRMATO	EPILEPSIA. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO MIGRAÑA EN PACIENTES EN QUE ESTÉ CONTRAINDICADO O SEAN INTOLERANTES A LA TERAPIA ESTÁNDAR

### 9.2.1. Material de métodos

De total de los sesenta y siete centros penitenciarios (abiertos en aquel momento), se seleccionaron veinticinco centros que disponían de fármaco para la realización del estudio entre ellos Madrid III. La población penitenciaria objeto del estudio era de 25.875 internos (datos correspondientes al 4º trimestre 2005). Se diseñó una hoja de recogida de datos donde figuraban NIS del paciente, sexo, edad, dosis administrada, diagnóstico e indicación aprobada o no aprobada. El tipo de estudio es de prevalencia, efectuando la revisión de las historias clínicas en un día fijado en el mes de noviembre de 2005.

Tabla 42. Centros penitenciarios participantes y población penitenciaria.

CPS	Nº de internos	CPS	Nº de internos
ALBACETE	305	MADRID VI	1681
ALBOLOTE	1714	MÁLAGA	1615
ALGECIRAS	1599	MURCIA	843
ALICANTE PSIQUI	371	NANCLARES	647
BADAJOS	793	OCAÑA II	522
DUEÑAS	1598	PAMPLONA	220
EL DUESO	617	TEIXEIRO	1417
HERRERA	539	TENERIFE	1375
LOGROÑO	358	TOPAS	1588
LUGO BONXE	409	VALLADOLID	486
MADRID II	949	VILLAVONA	1359
MADRID III	1324	ZUERA	1746
MADRID V	1790	<b>TOTAL</b>	<b>25.875</b>



Se trata de un Corte Transversal multicentro. Se realizó una recogida de datos entre los días 23 y 24 de noviembre de 2005 ambos incluidos.

Tabla 43. Número de tratamientos con antiepilépticos en Madrid III y centros penitenciarios.

ANTIEPILÉPTICO	Nº TRATAMIENTOS C.P. MADRID III	Nº TRATAMIENTOS TOTALES
GABAPENTINA	6	298
TOPIRAMATO	5	220
LAMOTRIGINA	1	21
OXCARBAZEPINA	1	73
PREGABALINA	0	24
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>636</b>

### 9.2.2. Resultados

A) Indicación no autorizada.- **397 (62,42%)**

**Total tratamientos.- 636:**

B) Indicación autorizada.- **153 (24,06%)**

C) No consta.- **86 (13,52%)**

### 9.2.3. Distribución de nuevos antiepilépticos prescritos en todos los centros

Población total (veinticinco centros penitenciarios): **25.875**

Población tratada con los nuevos antiepilépticos: **615 (2,3%)**

Como se aprecia en la figura 38, el mayor número de prescripciones, es para Gabapentina con casi trescientos tratamientos un 47% y Topiramato con doscientos veinte tratamientos un 36%.

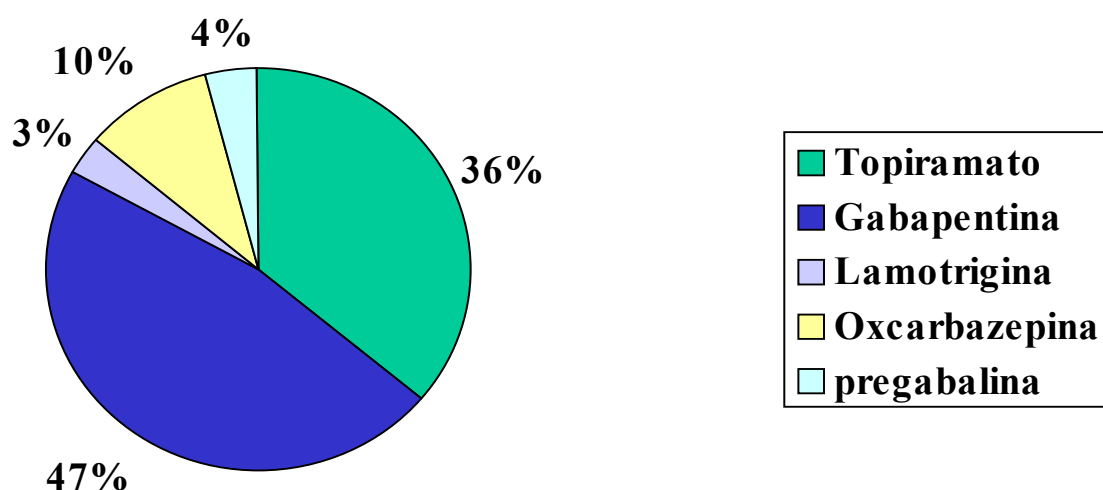


Figura 38. Distribución en porcentaje de los antiepilépticos en estudio.

#### DOSIS PAUTADAS vs DOSIS DIARIAS DEFINIDAS

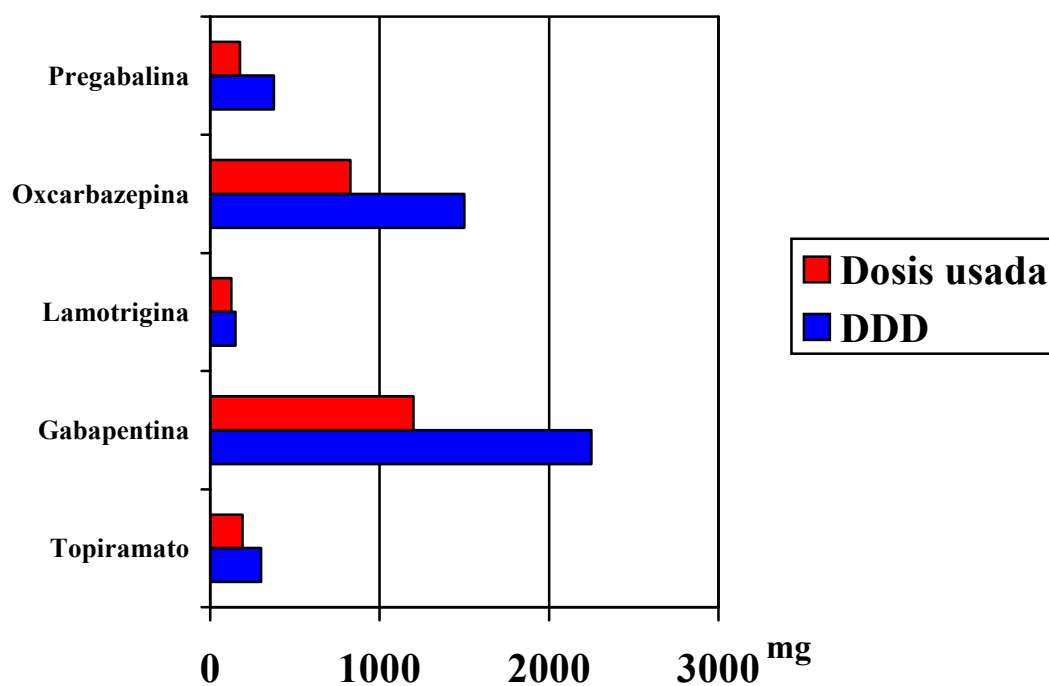


Figura 39. Dosis pautadas vs dosis diaria definida.

## INDICACIONES NO APROBADAS vs INDICACIONES APROBADAS

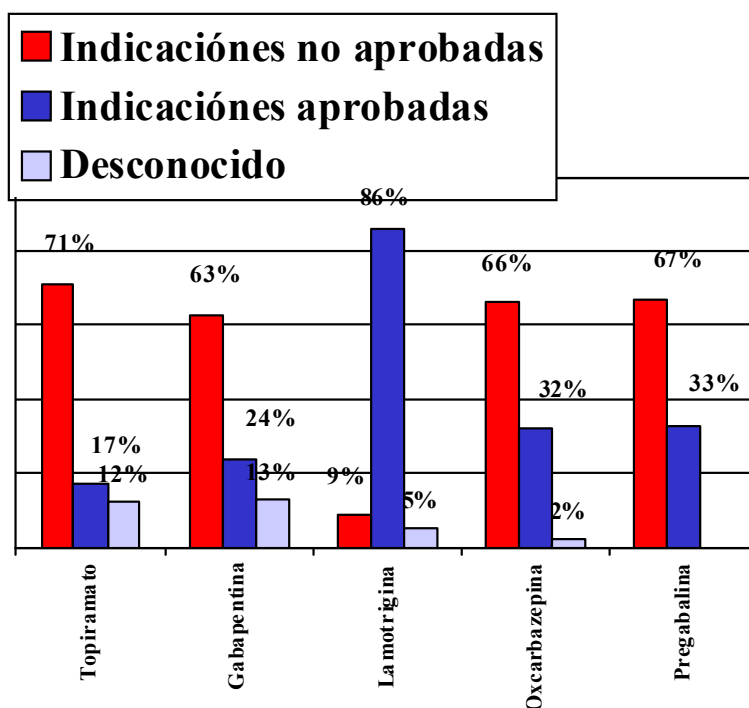


Figura 40. Relación en porcentaje de indicaciones no aprobadas, indicaciones aprobadas y desconocido.

### 9.2.4. Resultados

De los tratamientos registrados, el 62% eran indicaciones no aprobadas en ficha técnica, (salvo 9% de Lamotrigina) el 24% indicaciones aprobadas y en el 13% de los tratamientos no constaba indicación como muestra la figura 40.

El antiepiléptico más utilizado fuera de indicaciones es el Topiramato cuyo porcentaje de indicaciones no aprobadas es del 71%.

Se puede observar que todas las dosis diarias utilizadas de los cuatro medicamentos en los veinticinco centros son inferiores a DDD (Dosis Diaria Definida, como observamos en la figura 39.

Las indicaciones no aprobadas en ficha técnica más frecuentes que figuraban en el diagnóstico clínico fueron: trastornos de personalidad, control de impulsos, estados ansiosos-depresivos (intentos autolíticos), tratamiento dependencias a benzodiazepinas, opiáceos, cocaína, alcohol, politoxicomanías y juego, mejora del insomnio, obesidad mórbida y bulimia. En ningún caso, existía tramitación por vía de uso compasivo.

Después de procesar la información y analizar los resultados se decidió actuar en dos ámbitos:

1. Desde la Subdirección General de Sanidad se envió a todos los centros penitenciarios (incluidos o no en el estudio) una nota informativa sobre el uso compasivo: qué es, fundamentos legales, ficha técnica, tramitación y responsabilidad del médico cuando prescribe fármacos fuera de las indicaciones autorizadas en la ficha técnica. Un fármaco puede utilizarse en indicaciones y /o condiciones de uso distinto a las aprobadas únicamente en el contexto de un ensayo clínico o como uso compasivo. Se entiende por uso compasivo de medicamentos a la utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de medicamentos en investigación, incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico bajo su exclusiva responsabilidad considere indispensable su utilización según: el *Art. 28.1 del Real Decreto 223/2004*<sup>220</sup> y el *Art. 58 de la Ley 29/2006*, hace referencia a los ensayos clínicos. Esta nota enviada recuerda que la libertad de prescripción del médico sólo alcanza a los tratamientos de seguridad y eficacia reconocidos oficialmente y que la facultad prescriptora del médico en el caso del uso compasivo está subordinada a la asunción de su responsabilidad.
2. En los centros penitenciarios que intervinieron en el estudio, los farmacéuticos reforzamos la actuación realizada desde la Subdirección General de Sanidad, impartiendo charlas informativas en relación con el uso compasivo<sup>221</sup>.

---

<sup>220</sup> *Art. 28.1 Real Decreto 223/2004 “Para utilizar un medicamento bajo las condiciones de uso compasivo se requerirá el consentimiento informado del paciente o de su representante legal, un informe clínico en el que el médico justifique la necesidad de dicho tratamiento, la conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento y la autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El médico responsable comunicará a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios los resultados del tratamiento, así como las sospechas de reacciones adversas que puedan ser debidas a éste”.*

<sup>221</sup> *Memoria Anual de Farmacia 2006 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2007; p.76.



## 10. Conclusiones

1. La Sanidad Penitenciaria española continúa dependiendo del Ministerio del Interior, a través de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias salvo la Comunidad Autónoma de Cataluña que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria y el proceso de integración de sus sanitarios prácticamente completado.

En julio de 2011, la sanidad penitenciaria vasca ha pasado a formar parte del Sistema Sanitario Vasco. En Navarra también se ha iniciado el proceso de integración de la Unidad de Sanidad Penitenciaria con el Servicio Navarro de Salud, es una situación intermedia, pero muy avanzada, hacia la transferencia de la gestión de dicha sanidad, el primer paso ha sido la informatización de la historia clínica y administrativa a través de la plataforma OMI, común con el Servicio Navarro de Salud.

La reciente *Ley General de Salud Pública (33/2011)* hace mención a la autoridad penitenciaria sanitaria para que coordine las acciones encaminadas al cumplimiento de dicha ley en los servicios sanitarios penitenciarios que no hayan sido transferidos a las distintas Comunidades Autónomas.

La transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas y su integración en el área de Atención Primaria de los respectivos entes autonómicos del Sistema Nacional de Salud, es una reivindicación de los profesionales sanitarios penitenciarios, y también de la Organización Médica Colegial. Con la culminación de este proceso, se daría cumplimiento a lo establecido en la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003)*, que contiene un mandato expreso en este sentido. Como ha ocurrido en la mayoría de los países europeos de nuestro entorno, se conseguiría alcanzar una sanidad común para presos y ciudadanos.

2. Tras el análisis realizado en este trabajo y con un profundo conocimiento de la regulación establecida por la *Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)* y por el *Reglamento Penitenciario (RP)* (1996) que descende a criterios más específicos en los capítulos relativos al tema sanitario así como a los profesionales que lo desarrollan, se exponen las características actuales más significativas de la población penitenciaria que, unidas al desarrollo de una serie de enfermedades frecuentes en el ámbito de prisiones, han condicionado el desarrollo de un total de cinco programas dirigidos a la prevención y educación para la salud (programa de prevención de tuberculosis, vacunaciones,

prevención de la transmisión sexual), intercambio de jeringuillas (PIJ), tratamiento con metadona, deshabituación y reincorporación social. Por tanto, se presentan las acciones preventivas realizadas en los centros penitenciarios, dirigidas a la totalidad de la población, así como las actividades de tipo terapéutico y reinsertador para los consumidores activos o en proceso de recuperación.

3. Se aborda ampliamente el tema de la atención sanitaria en los establecimientos penitenciarios y más concretamente en el Centro Penitenciario Madrid III. Esta función se enmarca dentro de un concepto de atención integral, cuyo eje es la Atención Primaria de Salud realizada en las enfermerías de las prisiones por médicos y enfermeros de Instituciones Penitenciarias y en el caso de la Atención Especializada se deriva habitualmente a los hospitales de referencia del Sistema Nacional de Salud.

4. Se ha investigado con detenimiento las características y situación legal de las Farmacias en Instituciones Penitenciarias y en especial la del Centro Penitenciario Madrid III. En el momento actual todas las Farmacias de las prisiones españolas cuentan con un profesional farmacéutico, algo que hace unos años no ocurría. Estas desarrollan una actividad híbrida entre la que se practica en una Oficina de Farmacia Comunitaria y una Farmacia Hospitalaria, ya que en ellas se dispensan también medicamentos de uso hospitalario. Las *Leyes de Ordenación Farmacéutica* que desarrollan este aspecto legal son diferentes en las distintas Comunidades Autónomas con lo que nos encontramos con servicios de centros penitenciarios legalizados y otros sin legalizar. En el Centro Penitenciario Madrid III, su Farmacia está sin legalizar por no considerar a su enfermería como centro sanitario y por carecer de titulación especializada en Farmacia Hospitalaria la farmacéutica responsable. Pero no es éste el único caso. Si nos referimos a los Servicios de Farmacia de centros penitenciarios hay cuatro legalizados y cuatro sin legalizar, (los de Castilla-León), en cuanto a los Servicios de Farmacia Centro Hospitalario hay ocho legalizados y cinco pendientes de legalizar (entre ellos algunos de la Comunidad de Madrid), tres Servicios de Farmacia Hospital legalizados, dos pendientes de reglamentación y catorce legalizados y doce sin legalizar Depósitos de Medicamentos. Aquellas Farmacias que no están legalizadas, son porque dichas Leyes de Ordenación basadas en la derogada *Ley del Medicamento*(1990), exigen que el farmacéutico responsable sea especialista en Farmacia Hospitalaria.

5. Tratando de aportar datos relativos a la posibilidad de optimizar la calidad y la eficiencia del uso de psicofármacos en el medio penitenciario, de auténtica utilidad para la Salud Pública, se ha abordado el estudio de uso de cinco antiepilépticos, (los cuales en los últimos años su consumo había crecido): Gabapentina, Lamotrigina, Oxcarbamazepina, Pregabalina y Topiramato en veinticinco centros penitenciarios, (donde había farmacéutico y este quiso colaborar, incluido Madrid III), el primer resultado mostró que más del sesenta por ciento del total (62,42%, un alto porcentaje de estos) se utilizaba en indicaciones no aprobadas; las más comunes fueron: trastornos de personalidad, control de impulsos, estados ansiosos-depresivos (intentos autolíticos), tratamiento dependencias de benzodiazepinas, opiáceos, cocaína, alcohol, politoxicomanías y juego, mejora del insomnio, obesidad mórbida y bulimia. Además todos eran prescritos en dosis por debajo de las dosis diarias de mantenimiento (DDD) y en ningún caso de estos se había tramitado el uso compasivo. Los resultados de este estudio fueron comunicados rápidamente a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria lo que permitió la consecuente elaboración de un informe oficial sobre uso compasivo.

El gasto farmacéutico es un capítulo importante, en el año 2009 supuso 56 millones de € y merece mención especial el gasto en antirretrovirales, que fue 50% del gasto total.

6. En cuanto a las conclusiones concretas de este estudio sobre el consumo de psicofármacos en el Centro Penitenciario Madrid III, podemos asegurar que continúa aumentando su uso y que el coste asociado a los mismos se incrementa por encima incluso del ritmo de aumento de su utilización. La creciente proporción de empleo de psicofármacos de última generación y el abandono paulatino pero imparable de los medicamentos clásicos son los factores primordiales del incremento del gasto (a pesar de que muchos autores han puesto en duda su coste-eficiencia). Sin embargo, el uso compasivo, sobre el que saltó la alarma en Instituciones Penitenciarias, podría tener una porción de responsabilidad no desdeñable y que este estudio de psicofármacos en el Centro Penitenciario Madrid III no tiene potencia para determinar, pero sí apunta. La gestión del gasto en psicofármacos puede considerarse muy satisfactoria en comparación con la que existe en los demás centros de dimensiones similares de la Comunidad Autónoma de Madrid e incluso a nivel nacional. En los últimos años y al contrario de lo que ha sucedido en otros centros, se ha conseguido mantener el gasto en esta partida e incluso, para algunos subgrupos de psicofármacos, disminuirlo. No obstante, a pesar de



los buenos resultados obtenidos, el centro ve limitada su capacidad de racionalización del uso y optimización de la gestión por el hecho de acoger un altísimo flujo anual de tránsitos que no permanecen tiempo suficiente como para que sea posible ni razonable una actuación sobre las prescripciones.

7. Como factores responsables de estos buenos resultados comparativos en el ámbito de la gestión, valoramos en primer lugar y como sustancial la variable prescriptor, es decir, la existencia de una plantilla estable de profesionales sanitarios de primera asistencia motivados y con criterios de prescripción comunes. Una buena coordinación con la especialista del centro en combinación con tasas aceptables de revisión psiquiátrica de los internos y una eficaz gestión de la obtención y selección de las ofertas más ventajosas por parte de la responsable farmacéutica, también han sido imprescindibles.

8. Algunas de las posibles medidas hacia las que apunta el presente trabajo pueden permitir facilitar el acceso de los prescriptores de primera línea a los indicadores de coste-eficiencia, ya que son los principales gestores del gasto farmacéutico. Servirán de apoyo en la elaboración de protocolos de interconsulta al especialista y permitirán establecer prioridades de derivación que se ajusten mejor a criterios de potencial gravedad clínica. Pueden fomentar el uso de fármacos clásicos al menos en aquellas indicaciones en las que siguen siendo fármacos de primera elección universalmente aceptados para diversos síndromes psiquiátricos y redescubrirlos para diversos usos compasivos, en el caso en que éstos estén adecuadamente justificados. Es imprescindible potenciar las actividades de equipo que contribuyan a fortalecer la uniformidad de criterios en la prescripción de psicofármacos, así como establecer, de ser aceptado mayoritariamente por el conjunto de sanitarios, la necesidad de obtener un visado para el uso de aquellas pocas sustancias que el estudio demuestra que generan gran parte del gasto gestionado por un equipo designado por el centro.

## 11. Anexos

### Anexo 1: Solicitud de autorización de trabajos de investigación en centros penitenciarios.

#### **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS**

SOLICITANTE:	DNI:
Puesto de trabajo o Entidad de la que depende:	
Centro o centros penitenciarios implicados:	
TÍTULO DEL <b>PROYECTO</b> :	
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:	
TIPO DE ESTUDIO:	
<input type="checkbox"/> Estudio retrospectivo con datos históricos (no es necesario comité de ética) <input type="checkbox"/> Diseño experimental prospectivo <input type="checkbox"/> Ensayo clínico	
COMITÉ DE ÉTICA (si procede):	

Como responsable del proyecto, me comprometo a cumplir la legislación vigente en materia de tratamiento de datos individuales y de consentimiento informado, así como la normativa derivada del Reglamento Penitenciario, de las Instrucciones de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias u otra aplicable. Quedo enterado de que el incumplimiento de las normas citadas puede ser motivo de revocación de la autorización sin perjuicio de la responsabilidad a la que hubiere lugar:

Firmado:

Lugar y fecha:

Sra. Directora General de Instituciones Penitenciarias-Unidad de Apoyo.



## Anexo 2: Consentimiento informado para el tratamiento con metadona.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON METADONA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL  
INTERNO/A \_\_\_\_\_

CENTRO PENITENCIARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:  
\_\_\_\_\_

Por el presente documento, doy mi consentimiento voluntario a que se me prescriba el tratamiento con metadona, como parte del tratamiento de mi dependencia a opiáceos.

Se me ha informado de los siguientes aspectos concretos:

- 1.-Que el tratamiento con metadona es totalmente voluntario.
- 2.-Que hay otras alternativas para el tratamiento de mi dependencia.
- 3.-Que la metadona es un medicamento opiáceo activo por vía oral. Se me han explicado los procedimientos para mi tratamiento y entiendo que implica la toma de una dosis diaria de metadona, en presencia del profesional o responsable designado, en el lugar, horario y condiciones que establezca el centro en el que realizo este tratamiento.
- 4.-Que la metadona, medicamento muy peligroso si se toma sin supervisión médica, produce dependencia y puede provocar efectos adversos (estreñimiento, sudoración, sedación, etc.), apareciendo síndrome de abstinencia si dejo de tomarla sin control médico.
- 5.-Que existe el peligro de muerte por sobredosis si me autoadministro otras sustancias que no me ha prescrito el médico: psicofármacos ("trankimazin", "buprex" y otros), alcohol, pastillas para dormir, otros opiáceos como heroína, morfina, codeína, metadona, etc.
- 6.-También se me ha explicado que, en relación a mi estado de salud, la toma de la metadona puede conllevar además los siguientes riesgos:

.....  
.....  
.....  
.....

- 7.-Que durante la 1ª semana de tratamiento, en el inicio o inducción, hay mayor peligro de intoxicación y de sobredosis, por lo que en ningún caso puedo tomar medicación sin prescripción médica, debiendo informar al Servicio Médico ante cualquier síntoma anormal, y fundamentalmente somnolencia, confusión, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, inestabilidad al andar o dificultad al hablar.

8.-Ya que el uso de otros medicamentos conjuntamente con la metadona puede causarme daños, acepto la obligación de informar a cualquier médico que me asista por cualquier problema de salud, que estoy en tratamiento con metadona.

9.-Entiendo que el tratamiento con metadona es una parte de mi proceso terapéutico, por ello me comprometo a seguir las indicaciones que el equipo terapéutico establezca (consultas sanitarias, actividades terapéuticas, controles de orina, etc.).

10.-Que la meta final de mi tratamiento con metadona es conseguir la mayor normalización posible como persona y disminuir los riesgos y daños sobre mi estado general de salud, siendo por ello necesario el abandono del consumo de drogas.

11.-Que la abstinencia de todo uso de drogas y la finalización del tratamiento con metadona es un objetivo terapéutico adecuado. Entiendo que para algunas personas el tratamiento con metadona puede durar un periodo de tiempo largo, pero que periódicamente se evaluará la oportunidad de cambiar el modo de intervención terapéutica y concluir mi tratamiento con metadona.

12.-Sé que puedo solicitar la suspensión de este tratamiento en cualquier momento y que, si tomo esta decisión, tengo derecho a recibir un tratamiento de desintoxicación bajo control médico.

13.-En el caso de mujeres:

13.1 Si me quedo embarazada me comprometo a informar inmediatamente al médico.

13.2 Se me ha explicado que los conocimientos actuales sobre los efectos de la metadona en la mujer embarazada y en el feto son hoy en día incompletos para garantizar que no puedan producirse efectos secundarios.

13.3 Se me ha explicado y entiendo que la metadona se transmite al embrión y/o feto a través de la placenta y que puede desencadenar en él una dependencia física. Por tanto, si estuviere embarazada y dejase bruscamente de tomar la metadona es posible que yo misma y/o el feto presentemos signos de abstinencia, lo que podría perjudicar a mi embarazo y al feto. No usaré ningún otro medicamento sin el consentimiento del médico.

13.4 Me comprometo a informar a cualquier médico que me asista en mi embarazo, en el parto, o que asista a mi hijo tras su nacimiento, de mi participación actual o pasada en un programa de tratamiento con metadona, para que pueda dar a mi o a hijo la asistencia adecuada.

13.5 Se me ha informado que no podré amamantar a mi hijo de forma natural, ya que la metadona se elimina también por la leche y podría perjudicar a mi hijo generando una dependencia física.

13.6 Se me ha explicado y entiendo que el consumo de cualquier droga o medicamento no prescrito por el médico, puede afectar gravemente al feto, con la posibilidad de producir un parto prematuro.

Certifico que no me ha sido dada ninguna garantía en lo que se refiere a los resultados que se pueden obtener con el tratamiento de metadona. Tras recibir esta información, he tenido la posibilidad de aclarar todo tipo de dudas relacionadas con el tratamiento, y en pleno conocimiento de los beneficios potenciales y de los riesgos y complicaciones posibles, consiento el tratamiento con metadona.

En ....., a ..... de .....de  
.....

Firma del interno/a

Firma del Médico

### **Anexo 3: Relación de artículos incluidos dentro del capítulo de material de cura.**

#### **1.- LÍNEA BLANCA.:**

- Gasas
- Vendas de distintos tipos: orilladas, crepé, elásticas, enyesadas, tubulares, de malla, etc.
- Vestuario desechable: calzas, batas, mascarillas y gorros.
- Algodón
- Pañales, empapadores
- Campos quirúrgicos

#### **2.- APÓSITOS Y ADHESIVOS.:** Esparadrapos, tiritas y otros apósitos.

#### **3.- GUANTES**

#### **4.- SONDAS**

#### **5.- LÍNEA PARENTERAL.:**

- Jeringas de distintos tamaños
- Aguja
- Sistemas de infusión
- Catéteres, palomillas y conexiones

#### **6.- CÁNULAS**

#### **7.- SUTURAS:** Todo tipo de suturas (catgut, sedas, tiras adhesivas) y máquinas de grapar desechables

#### **8.- COLECTORES Y DEPÓSITOS.:**

- Bolsas de recogida de orina
- Bolsas de colostomía y urostomía
- Colectores
- Bolsas de nutrición enteral

## **9.- MATERIAL DE ORTOPEDIA.:**

- Férulas
- Muñequeras, coderas, musleras, rodilleras, tobilleras, suspensorios.

## **10.- MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN**

## **11.- OTROS PRODUCTOS:**

- Bisturíes
- Botes estériles de recogida de orina
- Compresores de goma
- Depresores
- Lancetas
- Mascarillas de aerosoles y oxigenoterapia de un sólo uso
- Termómetros

**NOTAS:** - En este capítulo no se incluirán los lotes higiénicos, preservativos, papel de secado de manos y lejía. - Los tubos de ensayo, hisopos y tiras reactivas de pruebas bioquímicas se incluirán en el capítulo de Material de Laboratorio.

**Anexo 4: Relación de especialidades farmacéuticas genéricas disponibles  
en el Centro Penitenciario Madrid III.**

**-Acetilcisteína**

600mg 20 sobres

200mg 30 sobres

**-Aciclovir**

200mg 25 comprimidos

800mg 35 comprimidos

5% crema 2g

5% crema 15g

**-Alopurinol**

100mg 500 comprimidos

300mg 500 comprimidos

**-Alprazolam**

0,5mg 500 comprimidos

1mg 500 comprimidos

2mg 500 comprimidos

**-Ambroxol**

15mg/ml jarabe 200ml

**-Amoxicilina**

500mg 20 cápsulas

**-Atenolol**

50mg 500 comprimidos

100mg 500 comprimidos

**-Azitromicina**

500mg 3 comprimidos

**-Captopril**

25mg 60 comprimidos

50mg 30 comprimidos

**-Carbamazepina**

200mg 500 comprimidos

400mg 500 comprimidos



**-Carvedilol**

25mg 28 comprimidos

6,25mg 28 comprimidos

**- Ceftriaxona**

1g IM 1 vial

**-Cetirizina**

10mg 20 comprimidos

**-Ciprofloxacino**

500mg 500 comprimidos

**-Citalopram**

20mg 28 comprimidos

**-Claritromicina**

500mg 21 comprimidos

**-Deflazacort**

6mg 20 comprimidos

30mg 20 comprimidos

**-Diclofenaco**

50mg 500 comprimidos

100mg 500 comprimidos

**-Doxazosina**

2mg 28 comprimidos

4mg 28 comprimidos

**-Ebastina**

10mg 20 comprimidos

20mg 20 comprimidos

**-Enalapril**

5mg 500 comprimidos

20mg 500 comprimidos

**-Enalapril/ Hidroclorotiazida**

20mg/12,5mg

**-Fluconazol**

100mg 100 cápsulas

150mg 100 cápsulas

200mg 200 cápsulas

**-Flumazemilo**

0,5mg 5 ampollas 5ml

1mg 5 ampollas 10ml

**-Fluvoxamina**

50mg 30 comprimidos

100mg 30 comprimidos

**-Furosemida**

40mg 30 comprimidos

20mg 5 ampollas 2ml

**-Gabapentina**

300mg 500 cápsulas

400mg 500 cápsulas

600mg 90 cápsulas

800mg 90 cápsulas

**-Gemfibrozilo**

600mg 60 comprimidos

900mg 60 comprimidos

**-Ibuprofeno**

600mg 500 comprimidos

400mg 20 comprimidos

**-Itraconazol**

100mg 18 cápsulas

**-Ketoconazol**

2% gel 100ml

**-Lamotrigina**

50mg 42 comprimidos

100mg 56 comprimidos

200mg 30 comprimidos

**-Lormetazepam**

1mg 500 comprimidos

2mg 500 comprimidos

**-Metamizol**

575mg 20 cápsulas

2g 100 ampollas 5ml

**-Metformina**

850mg 50 comprimidos

**-Mirtazapina**

30mg 30 comprimidos

15mg 30 comprimidos

**-Norfloxacin**

400mg 14 comprimidos

**-Omeprazol**

20mg 500 cápsulas

**-Paracetamol**

500mg 20 cápsulas

650mg 40 comprimidos

**-Paroxetina**

20mg 56 comprimidos

**-Pentoxifilina**

400mg 60 comprimidos

**-Pravastatina**

10mg 28 comprimidos

20mg 28 comprimidos

40mg 28 comprimidos

**-Prednisona**

5mg 500 comprimidos

10mg 500 comprimidos

50mg 500 comprimidos

**-Ranitidina**

150mg 500 comprimidos

**-Risperidona**

1mg 60 comprimidos

3mg 60 comprimidos

6mg 60 comprimidos

1mg/ml sol oral 100ml

**-Sertralina**

50mg 30 comprimidos

100mg 30 comprimidos

**-Terbinafina**

250mg 28 comprimidos

**-Topiramato**

25mg 60 comprimidos

50mg 60 comprimidos

100mg 60 comprimidos

200mg 60 comprimidos

**-Tramadol**

50mg 500 comprimidos

100mg 60 cápsulas

**-Venlafaxina**

37,5 mg 60 cápsulas

75mg 30 cápsulas

150mg 30 cápsulas de lib prol

**-Zidovudina**

250mg 300 cápsulas

300mg 300 cápsulas

**-Zolpidem**

10mg 30 comprimidos



**Anexo 5: Listado de precios / DDD y gastos en psicofármacos en el C.P.  
Madrid III de periodo.**

Principio activo	Nº DDDs periodo	Precios Máx / mín	Precio único	
Alprazolam	402 DDDs	0,14/ 0,05* euros		56,28/ 20,01* euros
Amisulpride	14		2,37 euros	33,18
Amitriptilina	339,98		0,07	23,80
Bromazepam	85,35	0,11/ 0,09		9,39/ 7,68
Carbamacepina	14		0,175	2,45
Citalopram	49		0,33*	16,17*
Clomipramina	7		0,22	1,54
Clonazepam	200,22		0,14	27,83
Clorazepato	2264,25	0,10/ 0,08		226,4/ 181,14
Clormetiazol	1,79		0,54	0,97
Clotiapina	20,42		0,18	3,68
Diazepam	752	0,05*/ 0,04		37,6*/ 30,08
Diazepam+sulp	16,84		0,26	4,38
Doxilamina	62,5		0,18	11,25
Escitalopram	36	0,63/ 0,58		22,68/ 20,88
Fluoxetina	276		0,12*	33,12
Flurazepam	83	0,09/ 0,08		7,47/ 6,64
Gabapentina	117,64	1,26*/ 1,12		148,26*/ 131,76
Haloperidol	36,21	0,26/ 0,24		9,41/ 8,69
Hidroxicina	16,61	0,156/ 0,14		2,60/ 2,32
Ketazolam	184,5		0,15	27,67
Levopromacina	8,97	0,22/ 0,20		1,97/ 1,79
Litio	13,75		2,43	33,41
Lorazepam	701,6	0,05*/ 0,04		35,08/ 28,06
Lormetazepam	1680		0,02*	33,6
Medazepam	268,87		0,18	48,40
Midazolam	7,3		0,18	1,31
Mirtazapina	394	0,89/ 0,52*		350,66/ 204,88
Olanzapina	452,75	3,43/ 3,27		1552,93/ 1480,49
Oxcarbacepina	12,6	1,08/ 0,99		13,61/ 12,47
Paroxetina	329	0,66/ 0,45*		217,14/ 148,05
Perfenacina	3,78		0,109	0,41
Quetiapina	91,18		3,03	276,27
Risperidona	101,2	2,81/ 2,53		284,37/ 256,04
Risperidona consta	190,75	7,68/ 7,05		1464,96/ 1344,79
Sertralina	92	0,54/ 0,31		49,40/ 28,82
Sulpirida	11,34		0,43	4,88
Tiaprida	10,5		0,28	2,94
Topiramato	61,38		4,82	295,85
Trazodona	13,86		0,39	5,40
Valproico	14		0,29	4,06
Venlafaxina	144		1,00	144
Zaleplon	170,5		0,29	49,44
Ziprasidona	31,5		2,83	89,14
Zolpidem	70	0,08/ 0,05*		5,6/ 3,5*
Zoplicona	14		0,11	1,54
Zuclopentixol	56,63		3,59	203,30
Zuclopentixol depot	297,93		0,42	125,13
<b>GASTO TOTAL</b>				Máx= /mín=

\*Los precios que corresponden a ofertas de genéricos se señalan con un asterisco, tanto la oferta por DDD (Dosis Diaria de Mantenimiento) como el precio de total del tratamiento, de haber tomado dicha oferta.



## Anexo 6: Listado de correspondencias principio activo↔nombre comercial

Principio activo	Nombres Comerciales
(* Genérico disponible)	
ALPRAZOLAM*	*EFG Trankimazín
AMISULPRIDE	Solian
AMITRIPTILINA	Deprelío, Tryptizol Nobritol (+medazepam)
BROMAZEPAM	Lexatín
CARBAMACEPINA*	*EFG Tegretol
CITALOPRAM*	*EFG Prisdal, Seropram
CLOMETIAZOL	Distraneurine
CLOMIPRAMINA	Anafranil,
CLONAZEPAM	Rivotril
CLORAZEPATO	Dorken Nansius Tranxilium
CLORPROMACINA	Largactil Largatrex
CLOTIAPINA	Etumina
DIAZEPAM*	*EFG Calmaven, Diaceplex, Drenan, Sico Relax, Stesolid Valium +Piridoxina (Aneurol, Aspaserine, Diaceplex)
DOXILAMINA	Donormyl Dormidina Duebien Unisom
ESCITALOPRAM	CipraleX, Esertia
FLUOXETINA*	*EFG Adofen, Prozac, Reneuron
FLURACEPAM	Dormodor
GABAPENTINA*	*EFG Neurontín
HALOPERIDOL*	*EFG
HIDROXICINA	Atarax Somatarax (+secobarbital y bralobarbital)
KETAZOLAM	Marcen Sedotime
LEVOMEPRMAZINA	Sinogan
LITIO	Plenur



LORAZEPAM*	*EFG Donix Idalprem Orfidal
LORMETAZEPAM*	*EFG Aldosomnil Loramet Noctamid Sedobrina
MEDAZEPAM	Nobritol
MIDAZOLAM*	*EFG Dormicum
MIRTAZAPINA*	*EFG Rexer Vastat
OLANZAPINA	Zyprexa
OXCARBACEPINA	Trileptal
PAROXETINA*	*EFG Casbol Frosinor, Motiván, Seroxat
RISPERIDONA depot	Risperdal consta
RISPERIDONA*	*EFG Risperdal
SERTRALINA*	*EFG Aremis, Besitrán
SULPIRIDA	Ansium (+diazepam) Dogmatil
TIAPRIDA	Tepazepam (+piridoxina +diacepam)
TOPIRAMATO	Tiaprizal
VALPROICO	Topamax
VENLAFAXINA	Depakine Dobupal Vandral
ZALEPLON	Sonata
ZIPRASIDONA	Zeldox
ZOLPIDEM*	*EFG Cedrol Dalparan Stilnox
ZOPLICONA	Datolan Limovan Siaten
ZUCLOPENTIXOL	Cisordinol depot Clopixol depot Cisordinol acufase Clopixol acufase

## 12.Repertorio Legal

### Leyes

*-Ley 33/2011 de 4 de octubre (BOE núm. 240 de 5 de octubre) General de Salud Pública que deroga parcialmente Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad en los Arts. 19.1 21, 22 y Ley 16/2003 de 28 de mayo (BOE núm. 28 de 29 de mayo), de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Art. 66. Modifica Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad en los Arts. 25.1 y 27, Ley 41/2002 de 14 de noviembre (BOE núm. 274 de 15 de noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica Art.16.3 y Ley 16/2003 de 28 de mayo (BOE núm. 28, de 29 de mayo), de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Arts. 2,11 y 26.*

*-Ley 3/2010 de 27 de diciembre (BOE núm. 301 de 31 de diciembre), de modificación de la regulación de algunos de los tributos propios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En la que se modifica la Ley 3/1997 de 28 de mayo (BOE núm. 247 de 15 de octubre), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia Ver Disposición Adicional Segunda.*

*-Ley 1/2010 de 1 de marzo (BOE núm. 83 de 6 de abril), por la que se modifica la Ley 4/1999 de 25 de marzo (BOE núm. 95 de 6 de abril), de la Ordenación Farmacéutica de Aragón en materia de aperturas de Farmacias.*

*-Ley 28/2009 de 30 de diciembre (BOE núm. 315 de 31 de diciembre), de modificación de la Ley 29/2006 de 26 de julio (BOE núm. 178 de 27 julio de 2006), de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitario. Ver Artículo Único.*

*-Ley 25/2009 de 22 de diciembre (BOE núm. 308 de 23 de diciembre), de modificación de diversas Leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.*

*-Ley Foral 20/2008 de 20 de noviembre (BOE núm. 309 de 24 de diciembre), por la que se modifica la Ley Foral de 12/2000 de 16 de noviembre (BOE 143 de 27 de noviembre), de Atención Farmacéutica de la Comunidad Foral de Navarra.*

*-Ley 12/2007 de 18 de diciembre (BOE núm. 45 de 21 de febrero), Ley de Farmacia de Andalucía de la Comunidad Autónoma de Andalucía.*

*-Ley 14/2007 de 3 de julio (BOE núm. 159 del 4 de julio), Investigación Biomédica. Ver Art. 83 que modifica a la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril) General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril (BOE núm. 89 de 13 de diciembre), por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Ver Disposición Adicional Primera que modifica a la Ley 14/1986 del 25 de abril General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo (BOE núm. 321 de 23 de marzo), para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ver Disposición Adicional Octava que modifica a la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril) General de Sanidad.*

*-Ley 1/2007 del 16 de marzo (BOE núm. 167 de 13 de julio), de Ordenación Atención y Farmacéutica del Principado de Asturias.*

*-Ley 7/2006 de 1 de diciembre (BOE núm. 10 de 11 de enero), por la que se modifica la Ley 5/1999 de 21 de mayo (BOE núm. 144 de 17 de junio), de Ordenación Farmacéutica en la Comunidad Autónoma de Galicia, Ver Artículo Único.*

*-Ley 7/2006, de 18 de octubre (BOE núm. 275 de 17 de noviembre), que modifica a la Ley 8/1998 de 16 de junio (BOE núm. 156 de 1 de julio), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja, Ver Art. 11, 11bis, 12, 13 y 14.*

*-Ley 6/2006 de 9 de noviembre (BOE núm. 298 de 14 de diciembre), Ley de Farmacia en Extremadura.*

*-Ley 29/2006 de 26 de julio (BOE núm. 178 de 27 julio de 2006), de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.*

*-Ley 7/2006 9 de junio (BOE núm. 186 de 6 de agosto), por la que se modifica la Ley 6/1998 de 22 de junio (BOE núm. 173 de 21 de julio), Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Valencia.*

*-Ley 3/2006 de 20 de marzo (BOE núm. 117 de 17 de mayo), de modificación del Art. 33 de la Ley 4/2005 de 13 de julio (BOE 198 de 19 de agosto), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Canarias.*

*-Ley 4/2005 de 13 de julio (BOE 198 de 19 de agosto), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Canarias.*

*-Ley 5/2005 de 27 de junio (BOE 203 de 25 de agosto), de Ordenación del Servicio Farmacéutico de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha.*

*-Ley 4/2005 de 17 de marzo (BOE núm. 114 de 13 de mayo), que modifica a la Ley 5/1999 de 21 de mayo (BOE núm. 144 de 17 de junio), de Ordenación Farmacéutica en la Comunidad Autónoma de Galicia.*

*-Ley 62/2003 de 30 de diciembre (BOE núm. 313 de 31 de diciembre), de medidas fiscales, administrativas y del orden social. Ver Art. 131 que modifica a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre (BOE núm. 301 de 17 de diciembre), del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ver Disposición Adicional novena y Disposición Derogatoria Única que modifican a la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102, de 29 de abril) General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio (BOE núm. 156, de 1 de julio), de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas), ver Disposición Adicional Transitoria que modifica la Ley General Orgánica Penitenciaria.*

*-Ley Orgánica 6/2003 de 30 de junio, (BOE núm. 156, de 1 de julio), de modificación de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, por la que se modifica el Art. 56 de la Ley 1/1979.*

*-Ley 16/2003 de 28 de mayo (BOE núm. 28, de 29 de mayo), de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ver Art. 41,71 ,76 y Disposición Derogatoria Primera que*

*modifican la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102, de 29 de abril) General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 5/2003 de 27 de mayo (BOE núm. 127 de 28 de mayo), por la que se modifica la ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, de Poder Judicial; la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria y la Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de demarcación y de Planta Judicial*

*-Ley 5/2003 de 28 de febrero (BOE núm. 81 de 4 de abril), de modificación de Art. num. 18 de la Ley 6/1998 de 22 de junio (BOE núm. 173 de 23 de julio), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Valencia).*

*-Ley 41/2002 de 14 de noviembre (BOE núm. 274 de 15 de noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ver Art. 16 que modifica a la Ley 14/1986 de 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad.*

*-Ley 21/2001 de 28 de diciembre (BOE núm. 22 de 25 de enero), de Medidas Fiscales y Administrativas., ver Art. núm. 62 que modifica el Art. núm. 6 de la Ley 31/1991 de 13 diciembre (BOE núm. 32 de 6 de febrero) de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*

*-Ley Orgánica 21/2001 de 27 de diciembre (BOE núm. 307 de 28 de diciembre), por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía. Comentarios y análisis. Ver Art. 68 que modifica a la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad.*

*-Ley 13/2001 de 20 de diciembre (BOE núm. 17 de 22 de enero), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en materia de Oficinas de Farmacia.*

*-Ley 7/2001 de 19 de noviembre (BOE núm. 14 de 16 de enero), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Cantabria.*

*-Ley 55/1999 de 29 de diciembre (BOE núm. 312 de 30 de diciembre), de Medidas fiscales, administrativas y del orden social ver Art. 76 que modifica la Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre (BOE núm. 298 de 14 de diciembre), de Protección de Datos de Carácter Personal.*

*-Ley 5/1999 de 21 de mayo (BOE núm. 144 de 17 de junio), de Ordenación Farmacéutica en la Comunidad Autónoma de Galicia.*

*-Ley 19/1998 de 25 de noviembre (BOE núm. 124 del 26 de noviembre), de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*

*-Ley 7/1998 de 12 de noviembre (BOE núm. 299 de 15 de diciembre), de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares.*

*-Ley 6/1998 de 22 de junio (BOE núm. 173 de 21 de julio), Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Valencia.*

*-Ley 3/1997 de 28 de mayo (BOE núm. 247 de 15 de octubre), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.*

*-Ley Orgánica 13/1995 de 18 de diciembre (BOE núm.302 de 19 diciembre), por la que se modifica la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre (BOE núm.239 de 5 de octubre), General Penitenciaria en los Art. 29 y 38.*

*-Ley 11/1994 de 17 de junio (BOPV núm. 135 de 15 de julio), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*

*-Ley 31/1991 de 13 diciembre (BOE núm. 32 de 6 de febrero), de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*

*-Ley 14/1986 del 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril), General de Sanidad.*

*-Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre (BOE núm.239 de 5 de octubre), General Penitenciaria.*

*-Ley Constitucional Española (BOE núm. 311.1 de 29 de diciembre de 1978), aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de*

*6 de diciembre de 1978. Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.*

### ***Leyes Derogadas***

*-Ley 3/1996 de 25 de junio (BOE núm. 192 de 14 de diciembre), de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura).*

*-Ley 25/1990 de 20 de diciembre (BOE núm. 306 de 22 de diciembre), del Medicamento.*

### ***Reales Decretos***

*-Real Decreto 9/2011 de 19 de agosto (BOE núm. 200 del 20 de agosto de 2011), de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales de estado para el 2011 que modifica: Art 2 apartado 6, Art. 3 apartado 6, Art. 19 apartado 9, Art. 82 apartado 2a, Art. 84 apartado 1, Art. 85, Art. 89 apartados 1 y 6, Art. 90 apartado 3, Art. 93, Art. 101 apartado 2, Disposición Adicional décima y añade disposición Adicional Decimocuarta y disposición Transitoria décima a la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento.*

*-Real Decreto 849/2011 de 24 de junio (BOE núm. 155 del 30 de junio de 2011), sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Sanidad Penitenciaria.*

*-Real Decreto 419/2011 de 25 de marzo (BOE núm. 73 de 26 de marzo), por el que se regula los procedimientos de seguridad que modifica al Real Decreto 190/1996 (BOE núm. 40, de 15 de febrero), por el que se aprueba Reglamento Penitenciario.*

*-Real Decreto 12/2011 de 17 de marzo (BOCYL núm. 57 de 23 de marzo), por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2001 de 20 de diciembre (BOE núm. 17 de 22 de enero), de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León), en materia de Oficinas de Farmacia.*

*-Real Decreto Ley 8/2010 de 20 de mayo (BOE núm. 126 de 24 de mayo), por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Ver Disposición*

*Adicional Cuarta, que modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.*

*-Real Decreto Ley 4/2010 de 26 de marzo (BOE núm. 75 de 27 de marzo), de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Ver Disposición Final Segunda que modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.*

*-Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero (BOE núm. 33 de 7 de febrero), por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.*

*-Real Decreto 782/2001 de 6 julio (BOE núm. 162 de 7 de julio), por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los penados) que modifica al Real Decreto 190/1996 (BOE núm. 40 de 15 de febrero), por el que se aprueba Reglamento Penitenciario*

*-Real Decreto 1203/1999 de 9 de julio (BOE núm. 173 de 21 de julio), por el que se integran en el Cuerpo de Maestros a los funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Profesores de Educación General Básica de Instituciones Penitenciarias, que modifica al Real Decreto 190/1996 (BOE núm. 40 de 15 de febrero) por el que se aprueba Reglamento Penitenciario*

*-El Real Decreto 190/1996 del 9 de febrero (BOE núm. 40, de 15 de febrero), por el que se aprueba Reglamento Penitenciario.*

*-Real Decreto 726/1982 de 17 de marzo (BOE núm. 92 de 17 de abril), por el que se regula la caducidad y devoluciones de las especialidades farmacéuticas a los laboratorios farmacéuticos.*

### **Órdenes**

*-Orden SCO/2874/2007 28 de septiembre (BOE núm. 239 de 5 octubre), por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al Art. 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.*



*-Real Orden de 24 de mayo de 1886 firmada por el Ministro de gobernación Jovellar. Por la que se presentan la bases para establecer el suministro de medicamentos a los establecimientos penales por la Farmacia Militar.*

### **Circulares**

*-Circular 17/2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones Penitenciarias.*

### **Instrucciones**

*-13/2011 Prescripción Adquisición, Dispensación y Sustitución de productos farmacéuticos. Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2011.*

*-Instrucción I 1/2011 de Secretaría General Instituciones Penitenciarias. Comisión Central de Farmacia. Uso racional del medicamento. Guía Farmacoterapéutica.*

*-Instrucción 16/2007 de la Dirección General Instituciones Penitenciaras. Adquisición, Dispensación y Custodia de Productos Farmacéuticos.*

*-Instrucción 101/2002 de la Dirección General de Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Sobre criterios de actuación en relación con la puesta en marcha en diversos centros penitenciarios del programa de intercambio de jeringuillas a los usuarios de drogas inyectadas.*

### **Oficios**

*-Oficio 24/06/2010 de la Dirección General Coordinación Territorial y Medio Abierto. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Comisión Central de Farmacia.*

*-Oficio 14/02/2006. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Sobre Uso Compasivo.*

## **Resoluciones**

*-Resolución de 12 de noviembre de 2008, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, (BOE núm. 284 de 25 de noviembre) por la que se actualiza el anexo I de la Orden SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, en la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posibilidad de sustitución por el farmacéutico con arreglo al Art. 86.4 de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento.*



### 13. Bibliografía

- ALGORA-DONOSO I, VARELA-GONZALEZ O. “Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro)”. *Revista de Farmacia Hospitalaria*. 2008; vol 32(6): 331-338.
- ARCHANDO LÓPEZ- PELEGRIN C. “Integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Traspaso de competencias”. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*. 2006; vol 8:100-102.
- ARROYO JM, ASTIER P. “Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2003; vol 5: 60-76.
- ARROYO JM, ORTEGA E. “Un programa de mejora de calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 5 años (2000-2005)”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2006; 9: En prensa.
- ARROYUELO O, FERNÁNDEZ DE GARAYALDE A. *Primer Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Estado Español*. Jano. 1991; vol 940:119-124.
- ASTIER- PEÑA MP, DIVAR CONDE JM. *Calidad Asistencial en Sanidad Penitenciaria en España*. Mayo 2010.
- BAILLARGEON J, BLACK S, “Contreras S et al. Antidepressant prescribing patterns among prison inmates with depressive disorders”. *Journal of Affective Disorders*. S.F.
- BLAAUW E, ROESCH R, KERKHOF A. “Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries”. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000; 23: 649-663.
- BLASCO F, MARTINEZ LÓPEZ J, VILLARES P, JIMÉNEZ AI. “El paciente anciano polimedicado: efectos sobre salud y sobre el sistema sanitario”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005; vol 29:152-158.
- BRINDED PMJ, SIMPSON AIF, LAIDLAW TM, FAIRLEY N, MALCOLM F. “Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; vol 35: 166-173.

- BUSHNELL JA, BAKKER LW. "Substance use disorders among men in prison: a New Zealand study". *Aus N Z J Psychiatry*. 1997; 31(4): 577-581.
- CAÑAS MA, CAÑAS J, TORRE MA. "Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2001; vol 3: 106-110.
- CAÑAS M. "Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios". II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. *Libro de Ponencias y Comunicaciones*: 327.
- CARMONA J, HERNÁNDEZ A, GUTIÉRREZ C. "Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Periodo 1990-2000". En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios.
- CARRÁ G, GIACOBONE C, POZZI F, ALECCI P, BARALE F. "Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati a una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2004; vol 13: 47-54.
- Colección Legislativa del Ejército. *Real Orden 24 Mayo de 1886*. Núm. 218. 294-295.
- CARTER JH. "The use of psychotropics in the prison setting". *N C Med J*. 1981; 42 (9):645-647.
- CHOUNARD G. "Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal and rebound". *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 5: 7-12.
- DAVIDSON M, HUMPHREYS MS, JOHNSTONE EC, CUNNINGHAM OWENS DG. "Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Remand Prisoners in Scotland". *British Journal of Psychiatry*. 1995; vol 167: 545-548.
- DÍAZ-MAROTO S. "Situación actual de los Servicios de Farmacia Penitenciarios". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2000; vol 2: 92-98.
- DUGGAN M. "Do new prescription drugs pay for themselves?. The case of second-generation antipsychotics". *Journal of Health Economics*. 2005; vol 24: 1-31.
- ELGER BS. "Prevalence, Types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison". *Eur J Epidemiol*. 2004; 19: 665-77.

- Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006. Informe General 2006. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2007.
- ESPINOSA MI. “La farmácia penitenciária a Catalunya”. *Tesis Doctoral inédita*, Facultat de Farmacia de la Universitat de Barcelona. 2002; p.68.
- ESPINOSA MI., LALIGA A. “Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña”. Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2005; vol 7:49.
- Estrategia Global de Actuación en Salud Mental. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2007; p.11.
- Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2006; p.9-14.
- FAZEL S, DANESH J. “Serious disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys”. *The Lancet*. 2002; vol 359: 545-550.
- FERNÁNDEZ-OSUNA FJ. “Manejo clínico de los nuevos antipsicóticos”. Ponencias de las IX Jornadas de Sanidad Penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit*. 2005; 7:103-108.
- Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias 5ª edición*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Coordinación y medio Abierto. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 2011.
- Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario* Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Coordinación y medio Abierto. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011
- GRUPO DE TRABAJO CAPRI (P SAIZ DE LA HOYA, P VICIANA, J ANTÓN, JM ARROYO, R CALVO, JM CASTRO, C GUTIÉRREZ, G LÓPEZ, J NIETO, N TEIXIDO, LC VASALLO). “Informe CAPRI sobre la Calidad de la Asistencia Sanitaria en Centros Penitenciarios Españoles”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2003; vol 5: 38-48.

- “Grupos Terapéuticos y Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005; vol 29:49-53.
- GUNN J, MADEU A, SWINTON M. ”Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders”. *BMJ*. 1991; vol 303: 338-341.
- GUNN J. “Future directions for treatment in forensic psychiatry. Forensic Psychiatry Papers”. *British Journal of Psychiatry*. 2000; vol 176:332-338.
- HALLFORS DD, SAXE L.”The dependence potential of short half-life benzodiazepines: meta-analysis”. *Am J Public Health*. 1993; 83: 1300-1304.
- HARTVIG P, OSTBERG B. “Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons”. *Tidskr or Laegeforen*. 2004; vol 124 (16): 2091-2093.
- HEMMINKI E. “Problems in the measurement of psychotropic drug consumption”. *Am J Hosp Pharm*. 1982; 39(2): 325-329.
- Hepatitis Víricas en el Medio Penitenciario Situación Actual y Protocolos de Actuación. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo.2003; p.1.
- Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción. Coordinación General de Sanidad. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Ministerio de Interior. 2011; p11.
- Informe General 2006 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2007.
- Informe General 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. 2011.
- Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario*. Programa Marco. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2002.
- KINDELÁN JM, NATERA C. “Tuberculosis en grupos de riesgo”. *Información Terapéutica Sistema Nacional de Salud*. 2006; vol 30: 3-10.
- LANGEVEDL H, MELHUS H. “Are psychiatric disorders identified and treated by in prison health services?”. *Tidskr or Laegeforen*. 2004; vol 124 nº16: 2094-2097.

- LAPORTE JR, TOGNONI G. “Principios de epidemiología del medicamento”. Barcelona. *Masson-Salvat 2ª Ed.* 1993: 67-94.
- LAUX G. “Pharmacoeconomic aspects of antidepressants and antipsychotic drugs”. *Psychiatr Prax.* 2003; Suppl 2.S 90-3.
- LUND BC, FLAUM M, ADAM L A, PERRY PJ. “Psychiatric Prescribing Trends and Practices in Iowa’s Prisons”. *Psychiatric Services.* 2002 ; vol 53 nº 8: 1023-1024, 2002.
- Manual de Procedimientos Servicios de Farmacia 2003 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid, 2003.
- MARTÍNEZ C, MACÍA L, CABALLÉ T, ADÁN V, PARRA J, SAMMUT S. “Inmigración en la unidad de hospitalización psiquiátrica de Cataluña (UHPP-C)”. *Comunicaciones V Congreso Nacional y VIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.* 2004 Nov 4-6; Alicante.
- Memoria de Farmacia 1998 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.1999; p.4.
- Memoria de Farmacia 2000 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2001.
- Memoria de Farmacia 2001 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2002.
- Memoria de Farmacia 2002 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.2003.
- Memoria Anual de Farmacia 2003 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2004.
- Memoria Anual de Farmacia 2004 de Instituciones Penitenciarias.* Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2005.



-*Memoria Anual de Farmacia 2005 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2006.

-*Memoria Anual de Farmacia 2006 de Instituciones Penitenciarias*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2007.

-*Memoria de Farmacia 2007 de Instituciones Penitenciarias*. Área de Ordenación Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2008; p.5.

-*Memoria Anual de Farmacia 2008 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2009.

-*Memoria Anual de Farmacia 2009 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2010.

-*Memoria Anual de Farmacia 2010 de Instituciones Penitenciarias*. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2011.

-MEJÍAS V, PARRA N, PÉREZ-AMIGO MP, ORTEGA M, LÓPEZ-ÁLVAREZ E, LATORRE C ET AL. "Impacto económico y humano que supone la no recogida de monodosis de psicofármacos". *Comunicaciones V Congreso Nacional y VIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*. 2004 Nov 4-6; Alicante.

-MICÓ J.A, MORENO BREA M.R, ROJAS CORRALES O, GIBERT-RAHOLA J. "Interacciones Medicamentosas en Programas de Mantenimiento y Deshabituación a Opiáceos". p. 3-4 S.F.

-MONCEAU M, JAEGER M. "A consommation des médicaments psychotropes en prison". *Soins*. 1995; vol 598: 41-44.

-ORTIZ A, DE LA MATA I. "Nuevos antipsicóticos". *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2001; vol 25 nº 1: 5-7.

- PÉREZ E. “¿Psiquiatría penitenciaria?”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2004; vol 6: 97-101.
- “Principios Activos de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007; vol 31:103-4
- Programa de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios 2006*. Servicio de Drogodependencia. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007.
- Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007.
- Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2001.
- Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el Medio Penitenciario*. 3ª edición. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. 2010.
- RODRÍGUEZ-ARREBOLA E. “Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario”. *Rev Esp Sanid Penit*. 2005; 7:134-141.
- SALINAS C, ORTEGA L, RUBIO A, JIMÉNEZ JA. “Utilización de Neurolépticos atípicos en el Centro Penitenciario de Málaga”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2007; vol 9:21-25.
- SCHAFFER G, SHCUBERT W, BARTELS M, FOERSTER K. “Liaison psychiatry in the prison of Rottenburg (Germany)”. *Psychiatr Prax*. 2004; 31(1): 4-10.
- SMITH SS, BAXTER VJ, HUMPHREYS MS. “Psychiatric treatment in prison: a missed opportunity?”. *Med Sci Law*. 2003; 43(2): 122-126.
- SOMMERS I, BASKIN DR. “Assesing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison”. *Jerv Ment Dis*. 1991; vol 179 nº 5:267-273.
- “Subgrupos ATC de Mayor Consumo en el Sistema Nacional de Salud 2006”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2007; vol 31:130-35.

-SULKOWSKI M, THOMAS D. "Hepatitis C in the HIV-infected person". *Ann intern Med.* 2003; vol 138: 197-207.

-VARELA GLEZ O, ALGORA DONOSO I, GUTIERREZ BLANCO M, LARRAZ PASCUAL ME, BARRALES TOLOSA L, SANTAMARÍA-MORALES A. "Uso de Psicofármacos en Prisión (CP Madrid III)". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2007; vol 9: 38-46.

-Who Guidelines on HIV infection and AIDS in prisión World Health Organisation. Geneva, 1993.